

Problemas Sociales y de Actualidad

IX LECCIONES EN SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria



IX Lecciones en Salud Social y Ambiental



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

IX Lecciones en Salud Social y Ambiental

Fecha de publicación: 3 de abril de 2020

1ª Edición

© Ciencia Sanitaria, 2020

© De los textos: Sus autores.

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

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

ISBN: 978-84-18126-20-8

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

Producción editorial e impresión: MAJFM S.L

Índice

1	LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SU USO EN ATENCIÓN PRIMARIA: LA TELEMEDICINA. CLARA FERNÁNDEZ PEREDA Y VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ	3
2	MORDEDURA POR VÍBORA ELENA HORTAL SAINZ DE UGARTE, BELÉN ARBIZU FERNÁNDEZ Y RAQUEL AZCONA EGUINO	7
3	MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE LA GRIPE OLGA LOPEZ LONGEDO Y MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ	11
4	RIESGO BIOLÓGICO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SONIA ALVAREZ AMEZ	15
5	ACTUACIÓN ENFERMERA EN CUANTO AL ACOSO LABORAL EN LOS CENTROS SANITARIOS SONIA ALVAREZ AMEZ	19
6	AUTO-EXPLORACIÓN MAMARIA EN EL CÁNCER DE MAMA MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ Y OLGA LOPEZ LONGEDO	23
7	ROL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON ELA ANA BELEN MONTESERIN SUAREZ Y ROCIO MENDEZ BLANCO	27
8	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA OXIGENOTERAPIA PATRICIA VICENTE ARÉVALO	31
9	PANCREATITIS AGUDA BILIAR JOSÉ JORGE SANCHEZ FERNANDEZ Y VIRTUDES OTERO SÁNCHEZ	33

10 ABORDAJE DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP) DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA ANA AGRELO FERNÁNDEZ Y DAVID RIERA TOMÁS	39
11 CASO CLÍNICO: VALORACIÓN ENFERMERA Y PLAN DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA (PAE) EN LA GESTANTE ANA AGRELO FERNÁNDEZ Y DAVID RIERA TOMÁS	45
12 ENFERMERÍA SOCIAL: PROYECTOS DE VIDA POSTJUBILACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA DIFERENCIA DE GÉNEROS EN PYMES (PEQUEÑOS Y MEDIANOS EMPRESARIOS) ENTRE 60-65 AÑOS MARÍA BELTRÁN RODRÍGUEZ, MIRIAM MOYA ESPINOSA Y ANA MARÍA LICERÁN PERALBO	55
13 SÍNDROME DE ANDERSEN-TAWIL IRANZU MARTÍNEZ PEREZ, MARÍA GARBAYO BERRADRE Y VERONICA MIRANDA SANTAFÉ	65
14 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN EDAD AVANZADA. ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ	71
15 LA OBESIDAD INFANTIL Y SU PREVENCIÓN MARIA ALONSO ARIAS	75
16 INSOMNIO VS TRASTORNOS DEL CICLO CIRCADIANO EN NIÑOS MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FONTÁN Y ARANZAZU PIDAL CANDÁS	79
17 LA DIMENSIÓN SOCIAL DEL ALZHEIMER MARIA ISABEL GAYO RODRIGUEZ Y CARMEN BELEN GEJO BENEITEZ	83
18 INSOMNIO Y TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA POBLACIÓN ANCIANA SONIA GONZALEZ DIAZ Y ANA BÉLEN GONZALEZ DIAZ	89

19	EL ESTREÑIMIENTO EN PERSONAS MAYORES CARMEN BELEN GEJO BENEITEZ Y MARIA ISABEL GAYO RODRIGUEZ	93
20	LAS ETAPAS DE LA MUJER CON MENOPAUSIA ANA BÉLEN GONZALEZ DIAZ Y SONIA GONZALEZ DIAZ	101
21	IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN ANTE EL COVID-19 VIOLETA OTERO GÓMEZ	105
22	LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MARTA PALACIO FERNÁNDEZ	111
23	CHALAZIÓN Y TRATAMIENTO MARIA JOSE MENENDEZ SEOANE	115
24	DROGODEPENDENCIA EN ADOLESCENTES MARTA PALACIO FERNÁNDEZ	117
25	SALUD Y PREVENCIÓN SOCIAL ALBA RODRIGUEZ COYA Y SANDRA ÁLVAREZ BARBON	119
26	LA MUJER Y LOS ZAPATOS DE TACÓN ALTO Y HORMA ESTRECHA MARIA JOSE LODOS GANDARA Y AIQUE ALONSO RODRÍGUEZ	123
27	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA ORINA AIDA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ	127
28	EL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO COMO UNA MEDIDA DE PREVENCIÓN DETERMINANTE MARIA DEL ACEBO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y COVADONGA URÍA BERMÚDEZ	129
29	EN TECNICO DE CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DEL ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE Mª DEL CARMEN LACALLE ÁLVAREZ	133

- 30 CUIDADOS DEL TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE DOLOR AGUDO CON LIMITADA MOVILIDAD A CONSECUENCIA DE UNA CAÍDA**
M^a DEL CARMEN LACALLE ÁLVAREZ 137
- 31 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR UNA FACTURA DE PELVIS**
M^a DEL CARMEN LACALLE ÁLVAREZ 141
- 32 ERGONOMÍA, ESENCIAL PARA EL TRABAJO DIARIO EN EL HOSPITAL**
ARACELI COSMEN ÁLVAREZ, HILDA CUERVO MENENDEZ, MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ Y MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO 145
- 33 EL TRASTORNO BIPOLAR COMO PATOLOGÍA MENTAL Y ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL**
VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS, TAMARA LÓPEZ ROMERO, MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, ÁNGELA GUINALDO BORGES Y ELENA PARRADO 151
- 34 LAS CARGAS EMOCIONALES DEL BOURNOUT Y SU ESFERA ASOCIAL**
ÁNGELA GUINALDO BORGES, ELENA PARRADO, VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS, MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y TAMARA LÓPEZ ROMERO 155
- 35 NARCOLEPSIA**
MARÍA ALIA FERNÁNDEZLÓPEZ, JOSE MANUEL SERNADEZ FUENTE, MARÍA AMOR MARTÍNEZ FERNÁNDEZ Y JUAN EUSEBIO CANO HERRERA 163
- 36 ALBINISMO**
JOSE MANUEL SERNADEZ FUENTE, MARÍA AMOR MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, JUAN EUSEBIO CANO HERRERA Y MARÍA ALIA FERNÁNDEZLÓPEZ 167

37	LA ERGONOMÍA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO ANA MARGARITA HERNANDEZ SANCHEZ, SUSANA DIAZ DIAZ, M ^a PILAR RUIZ CRESPO Y VERONICA PULIDO LOBERA	169
38	LOS PARÁSITOS INTESTINALES MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS	171
39	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PERSONAL SANITARIO: NORMAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE INCENDIO NATALIA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ	175
40	FIBROMAS UTERINOS MACARENA RODRIGUEZ RICO	179
41	LA VARICELA TAMARA REGUERA GONZALEZ Y LAURA IZQUIERDO SUAREZ	181
42	SALMONELOSIS LAURA IZQUIERDO SUAREZ Y TAMARA REGUERA GONZALEZ	183
43	EL HELICOBACTER PYLORI LAURA IZQUIERDO SUAREZ Y TAMARA REGUERA GONZALEZ	187
44	ANATOMÍA RADIOLÓGICA DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ, DOLORES LAGUNA DÍAZ, CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO Y MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ	191
45	AISLAMIENTO HOSPITALARIO LUCÍA TUÑÓN FERNÁNDEZ Y YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE	195
46	EL CONSENTIMIENTO INFORMADO LUCÍA TUÑÓN FERNÁNDEZ Y YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE	199
47	COVID 19 RAQUEL GONZALEZ GARCIA Y LAURA DIAZ MAYO	203

48	SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CELADOR MARIA ISABEL FERNANDEZ JIMENEZ	207
49	CELADOR Y RIESGOS LABORALES. EL MOBBING Y SUS CONSECUENCIAS. MARGARITA FERNANDEZ PULGAR	211
50	RIESGOS DE UN CELADOR EN EL TRABAJO LIGADOS A LAS CONDICIONES PSICOSOCIALES MARCOS SANCHEZ CASERO	215
51	EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO	219
52	LA TRANSPARENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO MARÍA CRISTINA DÍAZ VILAS	223
53	CARACTERÍSTICAS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL NO SANITARIO JERONIMO GARCIA VELASCO	229
54	IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA EN EL PERSONAL NO SANITARIO JERONIMO GARCIA VELASCO	233
55	EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN HOSPITAL ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES	237
56	PLAN DE ACOGIDA A LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES	239
57	LA EMPATÍA COMO FACTOR CLAVE EN EL ENTORNO SANITARIO MARIA DEL MAR OBESO PUERTAS	241
58	PREVENCIÓN CONTRA INCENDIOS YOLANDA FERNÁNDEZ ZAPICO	245

59	RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS EN DESPACHOS YOLANDA FERNÁNDEZ ZAPICO	247
60	CELADORA EMBARAZADA Y SUS RIESGOS LABORALES KATIA VEGA GARCÍA	251
61	RIESGOS EN EL TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO MARIA DEL MAR OBESO PUERTAS	257
62	PERSONAL DE LAVANDERÍA: EVITANDO CAÍDAS, GOLPES Y QUEMADURAS EN EL PUESTO DE TRABAJO JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA, ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ Y SERGIO MARTÍNEZ CUESTA	261
63	EL CENTRO SOCIAL COMO RECURSO FUNDAMENTAL EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO SILVIA GARCIA MIGUELEZ, LUCIA VILLA GUTIERREZ, ANA MARIA CANELO DIAZ Y ERUNDINA PRIETO ALVAREZ	265
64	RELACIÓN ENTRE CELADOR Y PACIENTE CONTAGIOSO KATIA VEGA GARCÍA	273
65	LA VIOLENCIA DE GÉNERO MARÍA DEL CARMEN RIOPEDRE PÉREZ Y LAURA SAIZ GONZALEZ	279
66	CÓMO ACTUAR ANTE UN COMPAÑERO DE TRABAJO TÓXICO NATALIA GONZALEZ FUEYO, OVIDIO CERRILLO MIRANDA Y MAR CASTRO FUEYO	285
67	HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO POR EL PERSONAL NO SANITARIO BALBINA ALONSO BRASA, ROSA ISABEL GONZÁLEZ MENÉNDEZ, PILAR BLANCO GARCIA, CARMEN DOLORES MARTINEZ RUA Y MARTA ISABEL GEA RODRÍGUEZ	293
68	PERSONAL DE LAVANDERÍA: EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS) EN LA LAVANDERÍA SANITARIA ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ, JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA Y SERGIO MARTÍNEZ CUESTA	297

69 EL CELADOR EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ, CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA Y MELODIA ESCALANTE TEMPRANO	301
70 SALUD MENTAL DEL TRABAJADOR SOCIAL: EFECTOS ASOCIADOS A FACTORES LABORALES LUCIA VILLA GUTIERREZ, ANA MARIA CANELO DIAZ, ERUNDINA PRIETO ALVAREZ Y SILVIA GARCIA MIGUELEZ	305
71 PROTECCIÓN MEDIOAMBIENTAL. TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS, NORMAS SANITARIAS PARA SU CONTROL Y ELIMINACIÓN. JOSÉ MARÍA DE LOS DOLORES PRIETO	309
72 ERGONOMÍA EN TRABAJOS DE OFICINA ROSA ISABEL GONZÁLEZ MENÉNDEZ, PILAR BLANCO GARCIA, CARMEN DOLORES MARTINEZ RUA, MARTA ISABEL GEA RODRÍGUEZ Y BALBINA ALONSO BRASA	319
73 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL NO SANITARIO. AUXILIARES ADMINISTRATIVOS CARMEN DOLORES MARTINEZ RUA, MARTA ISABEL GEA RODRÍGUEZ, BALBINA ALONSO BRASA, ROSA ISABEL GONZÁLEZ MENÉNDEZ Y PILAR BLANCO GARCIA	323
74 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO COVADONGA SAN ROMÁN FERNÁNDEZ Y AMOR ROCES MARTÍNEZ	329
75 EL SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO, ARACELI COSMEN ÁLVAREZ, HILDA CUERVO MENENDEZ Y MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ	337
76 LAS INSTRUCCIONES PREVIAS COMO EXPRESIÓN DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD HILDA CUERVO MENENDEZ, ARACELI COSMEN ÁLVAREZ, MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO Y MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ	341

- 77 **EL CELADOR DE PUERTA: FIGURA IMPRESCINDIBLE EN LA SEGURIDAD Y EL ORDEN DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA**
MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, PAULA MARÍA MENÉNDEZ GONZÁLEZ, DULCE MARÍA DIOS MÉRIDA, CLARITA BERNARDO FERNÁNDEZ Y MARÍA MAGDALENA TORRE BLANCO 345
- 78 **DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOS QUE DISPONEN LOS CELADORES PARA LA AYUDA AL PACIENTE: TRANSFER, MULETAS, BASTONES, ANDADORES, CINTURÓN DE TRASLADO Y SUJECIÓN MECÁNICA**
DULCE MARÍA DIOS MÉRIDA, CLARITA BERNARDO FERNÁNDEZ, MARÍA MAGDALENA TORRE BLANCO, MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Y PAULA MARÍA MENÉNDEZ GONZÁLEZ 351
- 79 **RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO, AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**
MARÍA BEGOÑA SUÁREZ DEL BARRIO 357
- 80 **¿QUÉ ES EL BURNOUT?**
MARÍA BEGOÑA SUÁREZ DEL BARRIO 363
- 81 **TRABAJO SOCIAL Y VOLUNTARIADO**
TAMARA GARCÍA GÓMEZ 367
- 82 **LA SALUD AMBIENTAL Y EL CAMBIO CLIMÁTICO**
MARÍA DOLORES PASCUAL ALVAREZ 373
- 83 **LA CELIAQUÍA Y SU DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO Y GENÉTICO EN EL LABORATORIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ 377
- 84 **COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL ÁMBITO SANITARIO**
ANA BELÉN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, MARÍA DEL CARMEN FERNANDEZ ALVAREZ Y NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ 383
- 85 **PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA DEL CARMEN FERNANDEZ ALVAREZ, ANA BELÉN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ 389

86	SALUD LABORAL EN EL SECTOR ADMINISTRATIVO SANDRA CASTRO GONZÁLEZ	395
87	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS PSICOSOCIALES M.CONCEPCION CERRA	399
88	ANSIEDAD EN EL TRABAJO SANDRA CASTRO GONZÁLEZ	403
89	CONCILIACIÓN FAMILIAR EN EL ÁMBITO LABORAL ANA MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ	407
90	LAVADO DE MANOS MARÍA DEL PILAR ÁLVAREZ GARCÍA	411
91	NUEVO CORONAVIRUS O COVID-19 FÁTIMA LÓPEZ JARA	415
92	LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS X EN LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO POR TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA PARA VER LA GRAVEDAD DE LA SILICOSIS PULMONAR YOLANDA GUTIERREZ PUERTA, MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO, MARIA MIRYAM GARCIA COLADO Y SONIA IGLESIAS BARDIO	425
93	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS X EN EL ESTUDIO DE LA COLONOSCOPIA VIRTUAL A TRAVÉS DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA YOLANDA GUTIERREZ PUERTA, MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO, MARIA MIRYAM GARCIA COLADO Y SONIA IGLESIAS BARDIO	429
94	TIRITAS PARA EL ALMA-PROYECTO DE DINAMIZACIÓN HOSPITALARIA SOCIO-EDUCATIVA MARÍA SANTURIO GONZÁLEZ	435

Capítulo 1

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SU USO EN ATENCIÓN PRIMARIA: LA TELEMEDICINA.

CLARA FERNÁNDEZ PEREDA

VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

En este periodo en el que toda la sociedad se haya inmersa en un mundo tecnológico, donde los teléfonos móviles y el acceso a internet se han convertido en una prolongación de las personas a muchos niveles. Donde el acceso a la información es inmediato y donde muchas cosas se pueden solucionar o realizar por estos métodos. La atención primaria y ciertas cuestiones que involucran a la salud puedan tal vez, en la medida de lo posible, facilitarse en ciertos casos a la población, siempre desde el propio médico. El médico de familia por tanto debe seguir siendo un pilar básico para la salud de la población, y fundamentalmente de la salud de la población de su zona básica de salud, y ha de ser quien facilite el acceso y el seguimiento en la medida de lo posible a sus pacientes, que ya sea por razones laborales, familiares, o de otra índole, presenten dificultades para acudir a las visitas en los horarios de atención de la consulta.

2 Objetivos

Mediante un caso clínico de una paciente que acude a consulta y con dificultades para acudir a controles y visitas por dificultades laborales, se ejemplifica la

posibilidad de realizar un seguimiento a una paciente con un debut de diabetes mellitus tipo 1 y como se van realizando controles y ajustes terapéuticos por vía email y seguimiento telefónico.

3 Caso clínico

Motivo de consulta: mujer de 23 años que acude por pérdida de 5 kilos en un año y un aumento de la sed que ella relaciona con un aumento de responsabilidad en el ámbito laboral. Es comercial y realiza viajes por varias comunidades españolas a menudo y nos dice que pasa poco tiempo en casa. Refiere que su familia está asustada y por ello ha venido a consulta.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes de interés:

Pruebas complementarias en consulta en ese momento:

-Peso: 54 kg, talla: 164 cm. IMC 20,08

-Labstix: glucosa +++, resto negativo.

-Glucemia capilar: 160 mg/dl

Se solicita hemograma y bioquímica completa: parámetros en rango normal.

-Hb1Ac 7,1%

Juicio diagnóstico:

Debut Diabetes mellitus tipo 1.

Tratamiento:

Se inicia tratamiento con insulina lantus 4UI y se deriva a Endocrino para estudio completo. Ajustan el tratamiento y añaden insulina rápida según glucemias.

Seguimiento:

Citamos para controles estrechos. La paciente falta a algunas citas por motivo de su trabajo, aporta controles glucémicos con buen control pero se queja de querer hacer el seguimiento con nosotros. Ofrecemos la posibilidad de hacer seguimientos vía email para aportar los datos y para consultarnos dudas. La paciente está encantada con esta situación y se compromete a enviar controles glucémicos de manera periódica conforme acordamos en función de los parámetros que vaya obteniendo. Consultas físicas cuando está trabajando en la comunidad y acude a el centro de salud , aprovechando entonces para exploración física y controles analíticos pertinentes.

4 Discusión-Conclusión

En la era de las nuevas tecnologías, los médicos de Atención Primaria debemos estar del lado de nuestros pacientes y en la medida de lo posible dar opciones para facilitar a la población los recursos que están a su alcance.

La telemedicina es una opción a nuestro alcance que favorece la adherencia en muchos casos de pacientes que por sus horarios o limitaciones personales o laborales tienen dificultad para acudir a las consultas, más en ciertas áreas rurales donde a veces no es tan fácil las consultas de tarde en los centros de salud que permiten mayor flexibilidad horaria. Así mismo, facilitamos la accesibilidad a los recursos ambulatorios con un menor gasto sanitario y permite gestionar consultas en un menor tiempo con lo que se favorece la eficiencia. También conseguimos reforzar el papel del paciente en su propio autocuidado, mediante una autonomía supervisada por el profesional médico que realiza el seguimiento telemático.

5 Bibliografía

1. Assessment and monitoring of glycemetic control in children and adolescents with diabetes. Rewers MJ, Pillay K, de Beaufort C, Craig ME, Hanas R, Acerini CL, Maahs DM. *Pediatr Diabetes*. 2014;15 Suppl 20:102.
2. Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, et al. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range. *Diabetes Care* 2019; 42:1593.
3. American Diabetes Association. 13. Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care* 2019; 42:S148.
4. Molitch ME, Steffes MW, Cleary PA, Nathan DM. Baseline analysis of renal function in the Diabetes Control and Complications Trial. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group [corrected]. *Kidney Int* 1993; 43:668.

Capítulo 2

MORDEDURA POR VÍBORA

ELENA HORTAL SAINZ DE UGARTE

BELÉN ARBIZU FERNÁNDEZ

RAQUEL AZCONA EGUINO

1 Introducción

En España se producen entre 100 y 150 ingresos anuales por accidente ofídico. Es difícil de estimar las mordeduras totales, ya que no computan las que no han requerido ingreso. En general no son graves, aunque de forma muy esporádica pueden llevar a la muerte. En la última década se estima que en nuestro país son responsables de una muerte al año (3).

En España viven 3 especies pertenecientes al género *Vípera*: la víbora áspid, la hocicuda y la cantábrica. No comparten hábitat, salvo raras excepciones, por lo que sabiendo el lugar donde se produjo la mordedura podremos deducir la especie. La localización más frecuente de la mordedura es la extremidad superior, sobre todo en la mano. Se cree que esto es así porque no son agresivas, sino que atacan cuando se sienten amenazadas. Los ofidios hibernan, por lo que las mordeduras se producen de marzo a octubre. Los meses de mayo a agosto son los de mayor incidencia, sobre todo alrededor del solsticio de verano.

La clínica suele ser de carácter locorregional, raramente se presentan síntomas sistémicos, y si lo hacen, no suelen ser graves. Los signos y síntomas que denotan gravedad aparecen prácticamente desde el comienzo, y la severidad del envenenamiento aumenta en las 12-24 primeras horas.

Los síntomas generales muchas veces pasan desapercibidos si no les damos la importancia debida. Pueden aparecer vómitos, malestar general, hipotensión arterial, diarrea o dolores abdominales. La presencia de síntomas generales, aunque estos sean banales, indican gravedad en el envenenamiento. Las complicaciones sistémicas, son fracaso renal, rabdomiolisis, hemorragias o CID, derivadas de una mala evolución de un cuadro grave de envenenamiento.

Una correcta clasificación del grado de envenenamiento es la base que nos permitirá decidir qué pauta de manejo seguir, sobre todo en 2 cuestiones: la indicación de antiveneno y la necesidad de ingreso.

- Grado 0: Afectación cutánea.
- Grado I: Reacción inflamatoria local.
- Grado II: Afectación de toda la extremidad y existe clínica general leve.
- Grado III: Sobrepasa la raíz del miembro y la clínica general es moderada o severa, con posible coagulopatía.

2 Objetivos

- Identificar correctamente una mordedura de serpiente como mordedura de víbora.
- Clasificar el grado en el que se encuentra.
- Iniciar de inmediato las medidas de soporte necesarias.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de las actuaciones a llevar a cabo y las medidas de soporte necesarias ante una mordedura de víbora. También se han utilizado fuentes primarias y secundarias tras una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Palabras clave: Víbora, mordedura y antiveneno.

4 Resultados

Elaborar una secuencia de actuación ante la sospecha de una mordedura de Víbora, clasificarla correctamente e iniciar las medidas de soporte necesarias en cada momento, sin obviar la vigilancia estrecha del paciente, evitando así su progresión hacia un fallo multiorgánico.

5 Discusión-Conclusión

No existe uniformidad en el tratamiento que se debe seguir ante una mordedura de serpiente. En la mayoría de los casos las medidas conservadoras. Debemos tranquilizar al paciente, ya que es un cuadro que provoca mucho miedo en ellos y en sus familiares. Es necesaria la profilaxis antitetánica, según el estado de inmunización. Es importante la limpieza exhaustiva de la zona con algún antiséptico jabonoso. La aplicación de un vendaje suave en todo el miembro y elevarlo evitando así el retorno linfático. Las mordeduras son muy dolorosas, por lo que se deben suministrar siempre analgésicos. Conviene evitar el alcohol y la cafeína. Se desaconsejan, por peligrosos, los torniquetes, las bolsas de hielo y abrir la zona de la mordedura con un corte. Succionar para eliminar el veneno no funciona.

El antídoto contra el veneno (Viperfav®) es la parte más importante del tratamiento, si se inoculó veneno y si los síntomas indican una mordedura grave (Grado 2 y Grado 3). El antídoto contra el veneno contiene anticuerpos que neutralizan los efectos tóxicos del mismo. La efectividad del antídoto depende de la rapidez de su administración. El antídoto contra el veneno es más eficaz cuando se administra poco después de la mordedura. Se administra por vía intravenosa. El pronóstico en adultos sanos en general es favorable en función de la rapidez con la que se instauran las medidas de soporte.

6 Bibliografía

1. Estefanía Díez M, et al. Tratamiento de la mordedura por víbora en España. Semergen. 2014.
2. Ballesteros S, Ramón MF, Martínez-Arrieta R. Epidemiology of envenomations in Spain. Clin Toxicol. 2006;44:516–7.
3. Martín C, Nogué S. Novedades en el envenenamiento por mordedura de víbora. Med Clí (Barc). 2015;144(3):132 -138
4. De Haro L, Glaizal M, Tichadou L, Blanc-Brisset I, Hayek-Lanthois Asp Viper (Vipera aspis) envenomation: Experience of the Marseille Poison Centre from 1996 to 2008. Toxins (Basel). 2009;1:100–12.

Capítulo 3

MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE LA GRIPE

OLGA LOPEZ LONGEDO

MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

La gripe es un virus muy común en la estación de invierno. Es importante conocer la forma de prevenir su transmisión, adoptando una serie de medidas que se indican a continuación. La gripe es un problema de salud que afecta a gran parte de la población cada año como consecuencia de su baja dosis infectiva y la facilidad de transmisión de persona a persona, de modo que también supone costes económicos y sociales.

La mayor preocupación no son las epidemias anuales, sino la aparición de cepas pandémicas a consecuencia de la naturaleza que posee el virus de la influenza de sufrir modificaciones genéticas. Son cinco las pandemias registradas, las cuales tuvieron efectos devastadores, y por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició un programa de vigilancia global de este virus. Dichas modificaciones implican también ineficacia de las vacunas y la aparición de cepas resistentes a los antivíricos disponibles, siendo necesaria la búsqueda de una vacuna universal, así como, de nuevos antivíricos.

2 Objetivos

- Conocer las medidas a adoptar de forma clara, visual y concisa, cuando tenemos ante nosotros un caso de gripe, tan frecuentemente en la estación de invierno.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando artículos y revistas científicas de consulta on-line buscando a través de Google Académico y a través de bases de datos como PubMed y BUCea. Así como, informes de organismos oficiales: OMS, CDC y el Ministerio de Sanidad.

4 Resultados

Entre las medidas para llevar a cabo una correcta prevención de la transmisión de la gripe, cabe destacar:

- Higiene de manos adecuada. Hay que realizar la higiene de manos cuando. Antes de contacto con paciente. Antes de realizar cualquier técnica. Después de cualquier contacto con fluidos biológicos y contacto con el paciente. Después de salir de la habitación.
- Manejo de secreciones respiratorias. Cubrirse la boca y nariz al toser y/o estornudar.
- Utilizar pañuelos desechables. Volver la cabeza a una lado al toser y/o estornudar. Mantener separación de un metro.
- Respetar la separación entre personal-paciente al menos de un metro. Habrá que mantener dicha separación siempre que sea posible. En las situaciones en las que se requiera un acercamiento menos (técnicas, maniobras, procedimientos), el profesional se protegerá con una mascarilla FFP2.
- Uso de mascarilla. La mascarilla recomendada para los pacientes es la mascarilla quirúrgica. La mascarilla recomendada para el personal es la FFP2.
- Estricto cumplimiento de precauciones para la transmisión por gotas. Habrá que hospitalizar a los pacientes en habitaciones individuales con una ventilación adecuada o en su defecto, sólo se podrán agrupar pacientes con la misma patología respiratoria.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se nos presenta un caso de gripe, es de suma importancia prestar atención a una serie de indicaciones para la transmisión de este virus.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Ciudadanos - Enfermedades y lesiones - Enfermedades Transmisibles - Gripe [Internet]. Msc.es. 2017. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/gripe.htm>
2. Reperant L, Moesker F, Osterhaus A. Influenza: from zoonosis to pandemic. ERJ Open Research. 2016;2(1):00013-2016.
3. OMS | Gripe [Internet]. Who.int. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/influenza/es/>
4. ¿En qué se diferencia la influenza pandémica de la influenza estacional? | Influenza pandémica (influenza) | CDC [Internet]. Espanol.cdc.gov. 2017. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/enes/flu/pandemic-resources/basics/about.html>
5. Mota Rojas X. El virus de la gripe: Patógeno emergente y reemergente [tesis doctoral en Internet]. Universidad de Salamanca; 2014.

Capítulo 4

RIESGO BIOLÓGICO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

SONIA ALVAREZ AMEZ

1 Introducción

En el entorno de trabajo, dentro del ámbito sanitario, uno de los riesgos de más importancia es la exposición a agentes biológicos de transmisión sanguínea y son los profesionales de enfermería por su trabajo y por ser los que más cercanos están a los pacientes el colectivo que está especialmente expuesto y tiene mayor riesgo a accidente laboral, ya que desempeñan un trabajo que es complejo y que lleva implícito múltiples tareas con riesgos muy diversos y también muy específicos.

En el Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo, que trata sobre la protección de los trabajadores en riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos en el desarrollo del trabajo, se establece las normas mínimas que deben tener los trabajadores que estén o puedan estar según su puesto de trabajo, expuestos a agentes biológicos. Es un hecho que sigue habiendo accidentes laborales por exposición a material biológico aunque se hayan implantado medidas y políticas de protección.

Los centros sanitarios, cuentan con trabajadores que desempeñan múltiples funciones dentro del centro y que habitualmente debido a su trabajo están expuestos a diario a productos (el más normal, la sangre) o materiales contaminados por organismos patógenos de transmisión sanguínea (VHB, VHC y VIH). Por lo que, se deben tomar medidas de prevención para en lo posible aminorar o evitar tanto el

accidente biológico como sus consecuencias ya que se consideran como urgencias médicas que conllevan administrar agentes antirretrovirales y asegurar la actuación de profilaxis postexposición.

2 Objetivos

Reconocer por parte de los trabajadores las medidas de prevención para evitar en lo posible aminorar o evitar la transmisión del agente biológico y conocer a qué agentes pueden estar expuestos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre las medidas preventivas a tener en cuenta por el trabajador para impedir la transmisión del agente biológico, están las siguientes:

- Obligación por parte del trabajador de estar vacunado, tanto de la hepatitis B, como de otras vacunas (tétanos, varicela, triple vírica, rubéola, etc.).
- Seguir normas de higiene personal, como lavado de manos, cubrir heridas y lesiones de las manos con apósito impermeable.
- Utilizar los equipos de protección adecuados, guantes, mascarillas, bata, etc.
- Al utilizar objetos cortantes y punzantes tener mucho cuidado.
- Desinfectar y esterilizar correctamente aquellos instrumentos que se usen.

Los trabajadores de centros sanitarios, entre ellos los enfermeros están expuestos a agentes biológicos en el desempeño de su trabajo, sufren el riesgo de infección sobre todo a través de contacto de la piel con sangre infectada. Estos agentes biológicos son el virus de la hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), aunque también pueden estar en contacto con otros agentes biológicos transmisibles, por vía aérea como la tuberculosis o la gripe.

El tipo de gravedad va a depender de:

- Exposición masiva con sangre de paciente con serología positiva.
- Que la herida se produzca con instrumento contaminado.
- Contaminación de piel o mucosas.
- Profundidad del pinchazo.

5 Discusión-Conclusión

La mayor parte de los accidentes que se producen y la más frecuente es durante la manipulación del material corto-punzante. Es necesario la utilización y sobre todo el conocimiento de los EPIs necesarios para evitar la mayoría de los accidentes, ya que no se tienen en cuenta estas medidas que provocan continuamente accidentes en el desempeño del trabajo. En la mayoría de los casos se reconoce una falta importante de identificación de riesgos, conocimientos inadecuados de las enfermedades que se pueden transmitir por contacto con material biológico. Hay que tener en cuenta que hay resistencia a la utilización de equipos de protección individual, se subestima el riesgo de infectarse ante estos accidentes.

Los trabajadores de los Centros Sanitarios se enfrentan con situaciones inadecuadas, sin percibir las como tales, para ello, es necesario que se realicen programas de intervención con el fin de modificar los grados de cumplimiento. Se demuestra claramente que una acción formativa sostenida en el tiempo, mejoraría de manera notable el nivel de conocimientos del personal sanitario sobre las precauciones a tomar y que implicaría un cambio de actitud hacia la prevención de los riesgos en el trabajo.

6 Bibliografía

1. CDC. Transmission of HIV possibly associated with exposure of mucous membrane to contaminated blood. Robert LM, Chamberland ME, Cleveland JL, Marcus R, Gooch BF, Srivastava PU et al. Investigations of patients of health care workers infected with HIV. The Centers for Disease Control and Prevention database. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR Recomm Rep. 2001; 50:1-52.
2. ANMTAS. Procedimiento de Actuación ante accidentes de trabajo por exposición a material biológico en trabajadores de centros sanitarios. Documento interno. ANMTAS.2008.

3. CDC. Transmission of HIV possibly associated with exposure of mucous membrane to contaminated blood. MMWR 1997; 46:620-3.
4. Directiva 2010/32/UE del Consejo de 10 de Mayo de 2010, que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. Directiva 2010/32/UE del Consejo de 10 de Mayo de 2010, que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario.

Capítulo 5

ACTUACIÓN ENFERMERA EN CUANTO AL ACOSO LABORAL EN LOS CENTROS SANITARIOS

SONIA ALVAREZ AMEZ

1 Introducción

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSHT) define el acoso como la “exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder. Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud”. El acoso laboral, en el caso de enfermería, se le describe en términos de violencia horizontal, definida por la International Council of Nurses como todo comportamiento que degrada, humilla y falta al respeto a la dignidad y valía de la persona.

Sentirse acosado en el trabajo puede provocar graves consecuencias para la salud, las víctimas tienen síntomas de estrés extremo, enfermedades psicósomáticas y/o físicas, insatisfacción laboral, absentismo, baja autoestima y muy bajo, destruye el ambiente de trabajo, al mismo tiempo los compañeros que ejercen acoso suelen mantener sobre la víctima una presión indebida en la ejecución de tareas, crear un vacío y exclusión con una mala conducta, insultos, comentarios ofensivos, etc.

2 Objetivos

Saber reconocer aquellos signos que nos pueden indicar que una persona está siendo víctima de acoso laboral y los efectos que este acoso repercute en el trabajo diario en un centro sanitario.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en buscador científico PubMed, utilizando palabras claves como acoso, mobbing, enfermeras, sanitario, etc. Se realiza una búsqueda en bibliografía especializada.

4 Resultados

Los signos o alarmas que en una relación de trabajo nos pueden indicar que una persona está siendo víctima de acoso laboral, entre los más habituales que nos encontramos están:

- Trato desigual entre compañeros, la persona acosada recibe un trato diferente, ya sea por exclusión o indiferencia.
- Padece agresiones verbales, recibe insultos, gritos.
- Para perjudicar su imagen y reputación el acosador no para de difundir rumores y falsedades.
- El acosador reparte más volumen de trabajo al acosado y le instiga a que lo realice en corto tiempo para hacerlos lo que implica que le resulte imposible hacerlo.

Entre los efectos que provoca este acoso y que afectan directamente en el trabajo diario de la persona acosada, podemos destacar los siguientes:

- Hay un menoscabo en la calidad de los cuidados dispensados al paciente.
- Hay un deterioro en las relaciones entre compañeros.
- Más estrés y enfermedades.
- Baja moral.
- Sentimientos de ira, impotencia, vergüenza.
- Depresión, pérdida de confianza en uno mismo.
- Insomnio.
- Dimisiones.

5 Discusión-Conclusión

Debe ser conocido este problema por todos los profesionales y en particular por el personal de enfermería, para que se pueda intervenir de forma oportuna previniendo que se produzca, por lo que es muy importante reconocer sus efectos y reconocer sus alarmas. Son necesarias campañas de información y que se trabaje en temas de integración de equipos, eficacia en el trabajo, así como medidas de prevención y contención de este tipo de violencia.

Hay que crear conciencia de que todos en algún momento de nuestra vida podemos sufrir esta conducta no deseada, con lo que la comunicación entre el personal puede evitar malentendidos, ya que el colectivo de enfermería, es un colectivo altamente vulnerable. Se deben establecer medidas estratégicas de prevención y contención para que se pueda acabar con este tipo de violencia.

6 Bibliografía

1. Artículos de revista :CC.OO y Secretaría de Salud Laboral, Guía Básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario. Castilla y León. Acción en Salud Laboral.
2. Costa, M. y López, E. Los secretos de la dirección Madrid: Pirámide; 1996.
3. Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social con la colaboración del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía de actuaciones de la inspección de trabajo y seguridad social sobre riesgos psicosociales. Edita Ministerio de Empleo y Seguridad Social . Madrid: 2012.
4. Irigoyen, M, El acoso moral en el trabajo Barcelona: Paidós; 2001.
5. Ovejero Bernal, A. Psicología social en un mundo global: cómo hacer frente al estrés y al mobbing. Madrid. Biblioteca Nueva; 2006.
6. Vidal Casero, M.C El mobbing en el trabajo, su problemática. Valencia: Facultad de Farmacia: 2003.
7. Dra. Dolores Crespo. Los profesionales sanitarios son especialmente vulnerables al estrés y el acoso laboral. PAYME. Noticias FPSOMC (Internet).

Capítulo 6

AUTO-EXPLORACIÓN MAMARIA EN EL CÁNCER DE MAMA

MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ

OLGA LOPEZ LONGEDO

1 Introducción

El cáncer de mama constituye la principal causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer en el mundo y la segunda causa de muerte en el sexo femenino en nuestro país. La auto-exploración de la mama es un método fundamental de diagnóstico precoz del cáncer mamario. Es un examen que la propia mujer realiza cada mes para detectar cambios en la forma o textura de las mamas, la aparición de masas o secreciones a través del pezón.

2 Objetivos

Identificar los beneficios de la autoexploración mamaria en el cáncer de mama.

3 Metodología

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

4 Resultados

El autoexamen de mama deben realizarlo todas las mujeres a partir de los 20 años, entre el quinto y séptimo día, posterior al ciclo menstrual, ya que es cuando los senos están más blandos. Las mujeres que ya no presentan su menstruación, habrán de realizarlo un día específico de cada mes, esto es para crear hábito e intentar mejorar la técnica de detección:

-Inspección: consiste en observar el aspecto externo de los pechos. Se realiza examinando atentamente cada uno de ellos, comparándolos: frente a un espejo observar tamaño y posición simétricos; vigilar cambios en la textura de la piel (pliegues, huecos, etcétera) o eczemas alrededor del pezón; desviación o retracción del pezón así como salida de secreciones. Este procedimiento debe realizarse con los brazos extendidos sobre los costados y posteriormente con los brazos levantados sobre la cabeza.

-Palpación: permite descubrir posibles bultos anormales o nódulos en el pecho. Se realiza preferentemente en decúbito, colocando una almohadilla bajo la espalda en la región del seno a explorar. La palpación del seno derecho se realiza con la mano izquierda y el seno izquierdo con la mano contralateral. Con la yema de los dedos y con una presión moderada se inicia la exploración siguiendo la dirección de las manecillas del reloj o en forma de zig-zag, buscando nodulaciones pequeñas. La palpación deberá profundizarse hasta la región axilar de cada lado.

La detección precoz de este tipo de cáncer influye en la mortalidad. No se ha demostrado que la auto-exploración rutinaria reduzca la mortalidad pero sí que los tumores suelen ser de menor tamaño, asociándose con un mejor pronóstico y tratándose una mediante cirugía conservadora.

5 Discusión-Conclusión

El autoexamen de mama constituye un método de vital importancia, mediante el cual se estima que un alto porcentaje de las lesiones de las mamas pueden ser detectadas precozmente por la propia mujer o su pareja, acelerando el diagnóstico de aquellas que son malignas. Un aspecto importante es la correcta realización de este procedimiento, debido a que mal realizado puede crear expectativas negativas y disminuir la sensibilidad del método, causa por la que actualmente en algunos lugares del mundo se cuestiona la utilidad del autoexamen de mama.

6 Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Area de análisis de salud y sistemas de información sanitaria [base de datos en Internet]. Incidencia estimada de neoplasias malignas de mama de la mujer, ajustada por 100 000 habitantes [citado 12 Sep 2007].
2. González Limonte M, Isla Valdés M, Peláez Mendoza J, Juncal V, Alvarez Sintes R. Afecciones mamarias benignas y malignas. En: Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. 2da Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008, p. 400-403.
3. MedlinePlus [página principal en Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; c1997-2008 [actualizado 26 May 2008; citado 5 Jul 2008]. Enciclopedia Médica en Español.

Capítulo 7

ROL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON ELA

ANA BELEN MONTESERIN SUAREZ

ROCIO MENDEZ BLANCO

1 Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) caracterizado por una degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral, tronco del encéfalo y médula espinal. La consecuencia es una debilidad muscular que avanza hasta parálisis, extendiéndose de unas regiones corporales a otras. Repercute en la autonomía motora, comunicación oral, deglución y respiración, aunque se mantienen intactos los sentidos, el intelecto y la musculatura de los ojos.

2 Objetivos

Describir el papel que tiene enfermería en cuanto a la nutrición de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La adaptación al ELA es difícil, ya que el curso clínico de la enfermedad es variable y este proceso provoca inseguridad e incertidumbre por lo que es fundamental que el tratamiento instituido deba ser siempre multidisciplinar a través de medidas educacionales, de rehabilitación y farmacológicas.

La enfermera debe conocer con profundidad las características de la persona y su familia y así, poder hacer un planeamiento específico para las necesidades de cada persona.

Los pacientes con ELA están sujetos a grandes secuelas neuromusculares, necesitando un mayor seguimiento por parte de los profesionales de enfermería, ya que son los que pasan el mayor tiempo al lado del paciente tratando de favorecer la independencia de estos pacientes, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida y evita el aislamiento social.

El profesional de enfermería necesita adquirir la capacidad de comprensión al paciente con ELA y las intervenciones deben tener un carácter comprensivo y humanizado respetando los sentimientos del paciente ayudándolo a enfrentar sus dificultades cotidianas. Enfermería tiene un papel importante ofreciendo educación y soporte continuo a este tipo de personas.

Centrándonos sobre todo en la nutrición de este tipo de pacientes, es el personal de enfermería el que tiene que informar a los pacientes con ELA de las recomendaciones nutricionales, así como de los demás cuidados que necesitan. Los objetivos de la intervención nutricional son:

1. Asegurar las necesidades de energía, líquidos, vitaminas y minerales:
 - Estos pacientes tienen un gasto energético alto respecto a la población en general debido a la propia enfermedad.
 - Por la naturaleza de la enfermedad aparece fatiga durante la ingesta por lo que la preparación debe ser de alto contenido energético y en volumen reducido para facilitar la ingesta total de la comida.
2. Prevenir complicaciones de la disfagia:

- El primer signo de disfagia suele ser una evidente pérdida de peso junto con atragantamiento frecuente y fatiga durante la comida.
- Inicialmente es más evidente con líquidos pero progresa a todas las consistencias por lo que habrá que modificar la consistencias de estos con espesantes.
- Habrá que educar al paciente con técnicas de deglución y compensación postural (flexión del cuello, tragos pequeños, etc.).
- Evitar alimentos con fases sólidas y líquidas simultáneamente.
- Evitar alimentos que se disgregan en la boca o formen bolo (arroz).
- Utilizar alimentos de fácil masticación y movilización con la lengua.
- Explicar a la familia como llevar a cabo la maniobra de Heimlich en caso de atragantamiento.
- Cuando este tipo de alimentación no sea posible se recurrirá a medidas intervencionistas como:
 - A. P.E.G (gastrostomía endoscópica percutánea).
 - Retrasar la colocación de la P.E.G a una fase tardía puede aumentar los riesgos. Es posible continuar con ingesta oral simultáneamente tanto tiempo como sea posible.
 - B. G.R.I (gastrostomía radiológica percutánea).
 - S.N.G.(sonda nasogástrica). Cuando la gastrostomía no es segura o posible.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones a las que hemos llegado con este artículo son:

- La calidad de vida mejora con una adecuada nutrición en el ELA.
- Se ha comprobado que aquellos pacientes que logran mantener un peso saludable tienen más expectativas de vida y la progresión es más lenta.
- Una alimentación con alta densidad energética, especialmente en hidratos de carbono, mejora las expectativas de vida.
- El profesional de enfermería tiene un papel activo en esta enfermedad puesto que gracias a sus cuidados la calidad de vida del paciente mejora progresivamente.

6 Bibliografía

1. ADELA, Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica. Manual de cuidados para personas afectadas de E.L.A., Madrid; 2004.
2. Guía para la atención de la E.L.A en España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
3. Orphanet: Esclerosis Lateral Amiotrófica.

4. Guía de alimentos para afectados del E.L.A. Fluzon.org/wp.content/uploads/2017/02
5. FUNDELA, Fundación Española para el fomento de la investigación de la E.L.A. Disponible en: [http://www.fundela.info/ela/informacion general](http://www.fundela.info/ela/informacion-general)

Capítulo 8

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA OXIGENOTERAPIA

PATRICIA VICENTE ARÉVALO

1 Introducción

La oxigenoterapia es un tratamiento de prescripción médica en el que se administra oxígeno en concentraciones elevadas con la finalidad de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno (hipoxia) en la sangre, las células y los tejidos del organismo.

2 Objetivos

Mostrar el protocolo de enfermería y materiales necesarios para la oxigenoterapia, que proporciona al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los materiales necesarios son los siguientes: apósito quirúrgico transparente estéril, conexión recta, gafas nasales de adulto o pediátrica, humidificador con adaptador, lubricante, mascarilla de oxígeno de concentración variable, toma de oxígeno y tubuladura de oxígeno y caudalímetro.

Lo primero es informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar y colocarlo en la postura más adecuada, elevando la cabecera de la cama, comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, la coloración de la piel y las mucosas y observar la frecuencia respiratoria. Ajustar la concentración de oxígeno prescrito en el caudalímetro, comprobar el nivel de agua en el frasco humidificador, colocar la mascarilla o las gafas nasales según precise el paciente y comprobar la efectividad de todo el sistema.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica he mostrado el protocolo y los materiales necesarios para realizar oxigenoterapia a un paciente que lo precise en un centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. La oxigenoterapia en situaciones graves- páginas 159-165 (Septiembre 2000)- Revista Elsevier- disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-oxigenoterapia-situaciones-graves-10022221>
2. Actuaciones en oxigenoterapia para enfermería (Basado en el Manual de ayuda a la oxigenación. Dispositivos y procedimientos)- Rosa M^a Fernández Ayuso- disponible en <https://www.google.com>

Capítulo 9

PANCREATITIS AGUDA BILIAR

JOSÉ JORGE SANCHEZ FERNANDEZ

VIRTUDES OTERO SÁNCHEZ

1 Introducción

Denominamos pancreatitis a la inflamación del páncreas. El páncreas es una glándula alargada situada detrás del estómago en la parte alta del abdomen. En el páncreas se producen enzimas que ayudan a la digestión y hormonas. La pancreatitis puede ser aguda, con comienzo repentino y duración de varios días, o bien puede presentarse como pancreatitis crónica que aparece a lo largo de años.

Se denomina pancreatitis aguda biliar a aquella causada por cálculos biliares. Los cálculos biliares pueden obstruir la vía biliar, detener el viaje de las enzimas pancreáticas hacia el intestino delgado y obligarlas a retroceder, una vez activadas, al páncreas. Estas enzimas comienzan a irritar las células pancreáticas, lo cual provoca la inflamación asociada a la pancreatitis.

2 Objetivos

Identificar las necesidades del paciente, los factores de riesgo, medidas de prevención y tratamiento, valoración del proceso actual, organización de datos, identificación de diagnósticos de enfermería y elaboración de planes de cuidados.

3 Caso clínico

Hombre de 74 años, comienzo hace 72 h con dolor abdominal súbito, de carácter transfixivo, constante, intensidad 8/10, predominio en epigastrio y hemicinturón izquierdo e irradiación hacia espalda, se acompaña de náuseas. El dolor aumenta al comer y no alivia con la toma de analgésicos:

- No antecedentes familiares de interés, no hábitos tóxicos.
- HTA a tratamiento con enalapril 10 mg/24 h y dislipemia a tratamiento con simvastatina 20 mg/24 h.
- A la exploración se encontró coloración ictericia en piel y tegumentos, dolor a la palpación en epigastrio, Murphy (+).
- La ecografía mostró dilatación de la vía biliar, presencia de barro biliar y litiasis vesicular. La amilasa sérica mostró un valor 3 veces por encima de la normalidad.

4 Discusión-Conclusión

La pancreatitis aguda biliar es una patología caracterizada por la inflamación del páncreas debido a la migración y/o impactación de un cálculo en la vía biliar. Las lesiones en páncreas pueden cubrir desde edema hasta necrosis y está asociada a la evidencia de litiasis o presencia de barro en la vesícula biliar o alguna alteración de la vía biliar. Los tratamientos iniciales pueden comprender:

- Ayuno, dejar de comer varios días hasta que el páncreas se recupere, posteriormente se comenzará con dieta líquida, valorando tolerancia, y dieta progresiva hasta llegar a una dieta normal.
- Analgésicos, su uso es importante ya que las pancreatitis cursan con dolor intenso.
- Líquidos endovenosos para hidratación mientras dure el ayuno.

Una vez que la pancreatitis está bajo control debe tratarse la causa de fondo de la enfermedad, el tratamiento puede consistir en:

- Procedimientos para eliminar las obstrucciones de la vía biliar. El procedimiento denominado CPRE (Colangiopancreatografía retrograda endoscópica) puede ayudar a diagnosticar problemas en el conducto coledoco y el conducto pancreático y a realizar correcciones.
- Cirugía de vesícula (Colecistectomía).

5 Bibliografía

1. Litiasis biliar. Guías Clínicas. [Internet]. Fistera; 2008 [Citado 4 junio 2008]. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/colelitiasis.asp>
2. Martínez Acosta U, Arzabe Quiroga J, Zamorano Vicente I, Palacios Nava J, Pomier Saavedra S, Soza Gonzales PL. Incidencia de colelitiasis. [Internet]. 2005 [Citado 5 de febrero 2007]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com>
3. Donoso SE, Cuello FM. Mortalidad por cáncer en la mujer chilena: análisis comparativo entre los años 1997 y 2003. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2006 [citado 2011 Jul 13]; 71(1): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl>
4. Pérez Ramírez M, Pérez Ramírez R, Hartmann Guilarte A. Enfermedad litiásica biliar en pacientes embarazadas. Estudio Ecográfico. Rev. Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2001[citado 15 mayo 2008]; 27(2): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
5. Gutiérrez Salazar A, Salinas Gonzales JM, Kochi Tamashiro R, Gandarillas M. Curso de Postgrado de Ecografía Abdominal Chile julio de 2005. [Internet] 2005 [Citado 12 agosto 2005].Disponible en: <http://www.revistaciencias.com>
6. Harris DP, Chateau IB, Miquel PJF. Litiasis biliar pediátrica en una población de alta prevalencia. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2007 [citado 13 Julio 2011]; 78(5): [Aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl>
7. Pardo Gómez G. Vesicular lithiasis. Rev Cubana Cir. [Internet]. 2008 Dic [citado 18 Julio 2011]; 47(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
8. Colpas Morales Liceloth S, Herrera Sáenz F, Salas Díaz R, Mercado J. Morfología y composición de los cálculos biliares en 90 colecistectomías realizadas en el Hospital Universitario del Caribe. 2008-2009.Rev. cienc. biomed. [Internet] 2010 [Citado 16 de junio 2011]; 1(2). Disponible en: <http://www.encolombia.com>
9. Mendieta Sevilla SR, Muñoz Carlin ML, Díaz de León Ponce G, Olguín Juárez P. Deficiencia con la edad del vaciamiento vesicular. Anales de Radiología, México. [Internet] 2006 [Acceso 16 de junio 2008]; [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com>
10. Parra Pérez V, Vargas Cárdenas G, Astete Benavides M. Predictores de Coledocolitiasis en población de alto riesgo sometida a Pancreatocolangiografía Retrógrada Endoscópica en el Hospital Arzobispo Loayza. Rev. gastroenterol. Perú. [Internet]. 2007 [citado 08 Julio 2011]; 27(2): [Aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe>
11. Otano S, Castillo Rascón MS, Echevarria M, Bollati E, Leiva R, Medina G. Liti-asis vesicular: Su relación con el Síndrome Metabólico y la Obesidad. Bioquímica y Patología Clínica 2008. [Internet]. 2008 [citado 2011 Jul 18]; 72(2): [Aprox. 5p.].

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>

12. González Hita M, Bastidas Ramírez BE, Panduro Cerda A. Factores de riesgo en la génesis de la Litiasis Vesicular. *Investigación en Salud*. [Internet]. 2005 [citado 12 Julio 2010]; 7: [Aprox. 7p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>

13. Martínez Luna MS, Guzmán Ortiz D, Herrera Colmenares E. Investigación de oligoelementos en litos vesiculares de diferentes regiones del estado de Oaxaca por espectroscopia de plasma de acoplamiento inductivo. *Salud pública Méx*. [Internet] 2005 [citado 6 Julio 2010]; 47(3). Disponible en: <http://new.medigraphic.com>

14. Speets AM, Van der Graaf Y, Hoes AW, Kalmijn S, De Wit NJ, Mali WP. Expected and unexpected gallstones in primary care. *Scand J Gastroenterol*. [Internet]. 2007 [Citado 15 mayo 2008]; 42(3): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://informahealthcare.com>

15. Salmerón J, Ruiz Extremera Á. Protocolo de patología biliar aguda. Cólico biliar colecistitis aguda colangitis aguda. [Internet]. Granada; 2008 [Actualizado enero de 2008; Citado 8 de junio 2011]. Disponible en: <http://web.jet.es>

16. British Columbia Ministry of Health. Gallstones- Treatment in adults. [Internet]. Guidelines and Protocols. Vancouver: Advisory Commite Canadá; 2007 [Citado 8 Febrero 2008]. Disponible en: <http://es.scribd.com>

17. Zolezzi FA. Enfermedades Hepáticas. *Rev. gastroenterol*. [Internet]. 2007 [Citado 25 de junio 2008]; 27(3).Disponible en: <http://www.scielo.org.pe>

18. Cobas Pérez J L, Pupo Gutiérrez A L, Jacas García C, Cobas Pupo AL. Eficacia del micro sistema de oreja en el diagnóstico de la litiasis vesicular. *MEDISAN*. [Internet]. 2010 [citado 2010 Jul 12]; 14(2): [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu>

19. García Rodríguez O. Tratamiento actual de la litiasis vesicular. *Rev Cubana Cir*. [Internet]. 2010 [citado 2011 Mayo 20]; 49(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

20. Martin DJ, Vernon DR, Toouli J. Tratamiento quirúrgico versus endoscópico de los cálculos de conductos biliares. *Biblioteca Cochrane Plus*, Oxford: Update Software Ltd. 2007 [Internet] 2008 [Citado 9 de junio del 2008];Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org>

21. González Sosa G, Díaz Mesa J, Collera Rodríguez S, González García GA, More Vara S, Romero Rodríguez J. Íleo biliar: complicación poco frecuente de la litiasis vesicular. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2010 Jun [citado 2011 Jul 07]; 49(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

22. Von Bernhardt R, Zanlungo S, Arrese M, Arteaga A. El síndrome metabólico: De factor agravante a principal factor de riesgo patogénico en diversas enfermedades crónicas. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2010 Ago [citado 2011 Nov 13];

138(8): [Aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl>

23. Zaliakas J, Munson JL .Complicaciones de la litiasis vesicular: 1° Parte. Síndrome de Mirizzi, íleo biliar, pancreatitis biliar y complicaciones por los cálculos "perdidos". Surg Clin North Am. [Internet]. 2008[citado 2011 Jul 07]; 88(6): [Aprox. 23p.]. Disponible en: <http://www.intramed.net>

Capítulo 10

ABORDAJE DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP) DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA

ANA AGRELO FERNÁNDEZ

DAVID RIERA TOMÁS

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es una patología neurodegenerativa y progresiva causada por la interacción de factores ambientales y genéticos y caracterizada por síntomas motores y no motores. Se estima que anualmente la EP afecta a 13 personas nuevas/10.000 habitantes, sufriendo los hombres prevalencias más altas y siendo la media de edad de inicio habitual en torno a los 60 años. En cuanto al sexo, las mujeres experimentan un comienzo más tardío debido al papel neuroprotector de los estrógenos en la vía nigroestriada de la dopamina. Atendiendo a la edad, la prevalencia de EP en personas de 60 años es del 1% y se incrementa al 3% en pacientes de 80 años, aumentando la mortalidad de dos a cinco veces.

En cuanto a los factores de riesgo para padecer EP destaca la edad, ya que en el envejecimiento se observa una disminución de las neuronas de la sustancia negra y una pérdida de captación de dopamina, lo cual, asociado a otros factores como exposición a tóxicos, inflamación causada por activación de la microglía o estrés oxidativo son capaces de desencadenar la patología.

Teniendo en cuenta el mecanismo de las lesiones, la EP se caracteriza por una pérdida considerable de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra del cerebro, causando los síntomas motores que caracterizan a dicha patología, lo cual se conoce como triada del Parkinson, compuesta por rigidez (resistencia a movilizaciones pasivas), bradicinesia (lentitud del movimiento y considerado el síntoma más incapacitante) y temblor en reposo (el primer síntoma en aparecer en la mayoría de los casos). Además de los anteriores síntomas, los pacientes sufren inestabilidad en la marcha, experimentándose un enlentecimiento de esta. A pesar de que estos síntomas son los más incapacitantes, los pacientes con EP sufren una serie de síntomas no motores como el insomnio, los cambios cognitivos o incluso depresión, los cuales pueden aparecer incluso antes que los motores y son debidos a la alteración de neurotransmisores de otros sistemas como el colinérgico, el serotoninérgico y adrenérgico.

Un marcador biológico para diagnosticar esta patología, son los cuerpos de Lewy que son inclusiones citoplasmáticas de neuronas y que también pueden aparecer en otras patologías como puede ser la enfermedad de Alzheimer. Además, se observa una disminución notable de la concentración de dopamina como consecuencia de la neurodegeneración de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra.

Respecto al tratamiento se emplean distintas estrategias, pudiendo ofrecer tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico. En primer lugar, el tratamiento farmacológico puede ser con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), con agonistas dopaminérgicos o con levodopa, el cual actualmente es el fármaco de primera línea para tratar la EP y que se suele combinar con la carbidopa. Como tratamiento no farmacológico es recomendable que los pacientes acudan a fisioterapia y terapia ocupacional para mejorar la relajación de la musculatura.

Como se mencionó anteriormente la EP puede llegar a ser muy incapacitante para los pacientes, lo cual interfiere en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y provoca un gran impacto en los mismos, además de en sus familiares y cuidadores. Por tanto, desde el punto de vista de enfermería se deben ofrecer unos cuidados individualizados en cada paciente para mejorar tanto su propia calidad de vida como la de sus familiares.

2 Objetivos

Conocer el abordaje y realizar el plan de cuidados de enfermería (PAE) de un paciente con EP en Atención Primaria (AP).

3 Caso clínico

Paciente de 74 años que realiza seguimiento en la consulta de AP dos veces al mes por parte de su enfermera, la cual valora el progreso de la enfermedad realizando un seguimiento de la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD). También será historiado acerca de otras cuestiones relativas a la patología.

Este paciente sufre síntomas motores severos que interfieren con la movilidad, pues le llega a impedir incluso una correcta deambulación. Además, a medida que evoluciona la patología la disfagia se va agravando, lo cual puede provocar problemas a largo plazo como la desnutrición, deshidratación o incluso broncoaspiración.

En cuanto a los síntomas no motores, uno de los que más preocupa a sus familiares, es la depresión, la cual empeora según avanza la patología y agrava los síntomas propios de la EP. Además, sufre ansiedad, ataques de pánico y déficits cognitivos (pérdida de memoria).

Por otra parte, se ven afectados ambos sistemas de eliminación, produciéndose problemas de incontinencia urinaria y/o estreñimiento. Además, sufre alteraciones en los sentidos tales como el gusto y el olfato y en el patrón de sueño. Finalmente, nos advierte de que desde hace unos días siente dolor y que sufre habitualmente contracturas musculares que precisan de intervención por parte de un fisioterapeuta.

Tratamiento:

- Levodopa/carbidopa 25/250 (Sinemet) (1-1-1).
- Amantadina 100 mg (1-0-0).
- Venlafaxina retard 75 mg (1-0-0).

4 Discusión-Conclusión

En primer lugar, ante cualquier paciente con EP se debe realizar una primera valoración para poder establecer correctamente las intervenciones y objetivos. En la valoración enfermera se deben cumplimentar debidamente los 13 dominios, que exploran todas las esferas de la vida del individuo. En función de lo que obtenido en esta primera valoración se pasa a diseñar el PAE. Los diagnósticos que podemos establecer en este paciente son los siguientes:

-Estreñimiento r/c efectos secundarios del tratamiento: se caracteriza por presencia de heces duras que puede verse acompañado de masa abdominal palpable, lo cual genera gran incomodidad en el paciente. En la EP suele estar relacionado con los efectos adversos inherentes al tratamiento, por lo que se debe educar al paciente para intentar disminuirlo dentro de lo posible, tratando de conseguir la máxima adherencia terapéutica en la medicación pautaada para tratar el estreñimiento. Además, se debe recalcar la importancia de una abundante ingesta hídrica para disminuir la impactación de heces e incluir fibra en la dieta, así como dar pautas para suprimir alimentos que empeoren el estreñimiento.

-Deterioro de la deglución r/c la rigidez de la musculatura: se caracteriza por pérdida de la capacidad de deglutir debido a la rigidez muscular propia de la enfermedad. Para ello, el personal de enfermería debe proporcionar educación para la salud a los pacientes instruyéndolos para que adopten una función erecta para facilitar la deglución pudiendo enseñar ciertos ejercicios para mejorarla. En este aspecto también se debe trabajar con los cuidadores y familiares, enseñándoles signos de atragantamiento y/o broncoaspiración, así como la postura óptima que se debe adoptar al comer. Además, se debe realizar a los pacientes la prueba de la disfagia para comprobar cual es la textura apropiada para él.

-Riesgo de caídas r/c inestabilidad en la marcha: se caracteriza por aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden desencadenar daño físico y, por tanto, empeorar los síntomas de los pacientes. La EP se considera un factor de riesgo muy importante para desarrollar caídas, lo cual se incrementa si el paciente tiene más de 65 años. Para eliminar o disminuir el riesgo, el personal de enfermería debe suprimir los factores de peligro en el ambiente, así como aconsejar el uso de dispositivos de ayuda en la deambulación.

-Deterioro de la movilidad r/c con temblor, rigidez y bradicinesia: se caracteriza por inestabilidad postural durante la ejecución de ABVD. Para mejorarlo, el personal de enfermería puede realizar con el paciente ejercicios pasivos/activos si están indicados, además de fomentar la deambulación ayudados de dispositivos de ayuda.

-Déficit de autocuidado r/c EP: se trata del deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma actividades que correspondan al autocuidado, como, por ejemplo, vestirse o asearse. Para tratarlo, se debe dar al paciente (si no está en un estadio muy avanzado) pautas para mejorar. En caso, de que la enfermedad esté muy avanzada esas pautas deben darse a los familiares o cuidadores.

-Incontinencia urinaria funcional r/c limitación neuromuscular: se trata de la dificultad de evacuar por problemas en la movilidad y por tanto la imposibilidad para llegar al inodoro. El personal de enfermería debe proporcionar consejos y cuidados para prevenir úlceras por humedad (propias de pacientes con incontinencia y que además usan algún tipo de absorbente) y vigilar la integridad cutánea y tisular. Por otra parte, puede resultar de interés medir la diuresis y comprobar las características de la orina.

-Dolor agudo r/c contracturas musculares: se trata de dolor causado por la rigidez muscular de estos pacientes, causantes de contracturas. El personal de enfermería debe de proporcionar consejo tanto al paciente como a su familia sobre higiene postural para prevenirlas. Además, es muy importante valorar la intensidad del dolor y administrar fármacos en caso de que lo precise y estén pautados.

Finalmente, es importante instruir a paciente y familiares acerca de la prevención de complicaciones. Así debemos recordar la utilidad de los cambios posturales, si el paciente está encamado, con el fin de evitar las úlceras por presión. Debemos advertir sobre la posibilidad de desarrollar neumonías por broncoaspiración. Además, de forma rutinaria se debe alertar sobre el riesgo de caídas lo cual puede conducir a graves traumatismos.

5 Bibliografía

1. DeMaagd G, Philip A. Parkinson's Disease and Its Management. *Pharmacy & Therapeutics*. 2015;40(8):504-509.
2. De Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2006;5:525-535.
3. Smith Y, Wichmann T, Factor SA, DeLong MR. Parkinson's disease therapeutics: new developments and challenges since the introduction of levodopa. *Neuropsychopharmacology* 2012;37:213-246.
4. Jankovic J. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008;79:368-376.
5. Boeve BF, Silber MH, Saper CB, et al. Pathophysiology of REM sleep behaviour

- disorder and relevance to neurodegenerative disease. *Brain*. 2007;130:2770–2788.
6. Jain S, Goldstein DS. What ARE Parkinson disease? Non-motor features transform conception of the shaking palsy. *Neurobiol Dis*. 2012;46:505–507.
7. Historia clínica del paciente.

Capítulo 11

CASO CLÍNICO: VALORACIÓN ENFERMERA Y PLAN DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA (PAE) EN LA GESTANTE

ANA AGRELO FERNÁNDEZ

DAVID RIERA TOMÁS

1 Introducción

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en el momento del parto. Es la persona encargada de infundir tranquilidad, resolver dudas y brindar los cuidados antes del parto, en el parto y después del mismo. A continuación, se muestran las notas clínicas obtenidas de una gestante en la planta de hospitalización de maternidad.

2 Objetivos

El objetivo es mostrar un caso clínico para conocer la valoración y realizar el plan de atención en enfermería (PAE) de una gestante en la planta de hospitalización de maternidad.

3 Caso clínico

Gestante de 36 años con 37 semanas +2 días de embarazo que acude a urgencias a las cuatro de la madrugada por referir rotura de bolsa de las aguas desde el día anterior a las tres y media de la tarde aproximadamente. Dice tener contracciones regulares y dolorosas. Es su segunda gestación, sin embargo, la anterior (2013) terminó con un aborto. Es valorada por el ginecólogo y deciden pasarla a la sala de partos, por encontrarse con una dilatación de 4 cm. Finalmente la paciente precisó una cesárea.

Ingreso actual:

Motivo: rotura de la bolsa de las aguas y dinámica uterina (contracciones).

Diagnóstico médico: trabajo de parto.

Prótesis: no.

Constantes vitales: FC: 84 lpm. TA: 124/86 T°:36,5 °C.

Antecedentes de salud:

Enfermedades previas: no.

Intervenciones quirúrgicas previas: no.

Caídas previas: no.

Alergias: contraste yodado.

Hábitos tóxicos: no.

Ostomías: no.

Medicación en domicilio: no.

Valoración enfermera:

-Dominio 2: nutrición.

Tipo de dieta habitual: basal.

Intolerancias alimentarias: no.

Talla: 156 cm Peso: 52 kg IMC= 21,37 → Normopeso.

Alteración del apetito: no.

Dificultad para masticar: no.

Dificultad para deglutir: no.

Vómitos/nauseas: no.

Piel y mucosas: hidratadas.

-Dominio 3: eliminación.

Problemas al orinar: no.

Incontinencia urinaria: no.

Incontinencia fecal: no.

Hábito intestinal: cada 2 días.
Utiliza laxantes: no.
-Dominio 4: actividad-reposo.
Índice Barthel: 100 (Independiente).
Paresias/plejias: no.
Amputaciones: no.
Dificultad respiratoria: no
-Dominio 5: percepción-cognición.
Nivel de conciencia: consciente.
Orientado: sí, en persona, tiempo y espacio.
Contenido del pensamiento distorsionado (ideas delirantes): no.
Alteraciones de la memoria: no.
Dificultad para comunicarse: no.
-Dominio 6: autopercepción.
Estado de ánimo/emocional al ingreso: ansiosa.
Normalmente logra lo que se propone: sí.
-Dominio 7: rol-relaciones.
Con quién vive: marido.
Situación laboral: activa.
Cuidador principal: ella misma.
Apoyo familiar: bueno.
Conflicto en el funcionamiento y/o relaciones en la familia: no.
-Dominio 8: sexualidad.
¿Toma anticonceptivos?: no.
¿Quiere recibir ayuda o información?: no.
-Dominio 9: afrontamiento-tolerancia al estrés.
Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación:
sí.
Temor, atribuido al momento del parto
Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud: no.
-Dominio 10: principios vitales.
¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuvieramos en
cuenta durante su hospitalización?: no.
-Dominio 11: seguridad.
Procedimientos invasivos: No
Escala de Braden-Bergstron: 22 (Sin riesgo).
Piel íntegra: sí.
Riesgo de caídas: no.

Riesgo de aspiración: no.

Riesgo de alteraciones nerviosas o vasculares: no.

Incapacidad para eliminar las secreciones: no.

Riesgo de lesionarse o lesionar a otros: no.

-Dominio 12: confort.

Tiene dolor y/o malestar: Sí Puntúe su intensidad del 1 al 10: 7.

Localización: abdomen.

-Dominio 13: crecimiento - desarrollo.

¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?: no.

PAE en planta:

Día 1 tras la cesárea:

La cesárea fue realizada a las 8:30 horas de la mañana aproximadamente, bajó a reanimación tras la intervención y en torno a las 11:30 horas subió a planta, mientras que el recién nacido permanecía en neonatos, tras pincharle en el muslo la vitamina K administrarle la pomada antibiótica en los ojos para prevenir la conjuntivitis, pesarlo, medirlo y hacerle el test de Apgar (9 de 10). Fuimos a su habitación y vimos que la mujer era portadora de una sonda vesical y de una vía venosa periférica en el antebrazo izquierdo, por lo que tuvimos que comprobar si estaban realizados los formularios de catéteres y sonda vesical. Por otra parte, refería dolor, por lo que le administramos la analgesia prescrita por el médico. En cuanto a su estado de ánimo estaba llorosa y preocupada porque quería poder ver a su hijo. Finalmente comprobamos que tuviese cubierto el formulario de heridas quirúrgicas.

El recién nacido permaneció en la Unidad de Neonatología durante toda la mañana y parte de la tarde, aunque finalmente fue traído junto a ella, por tener un peso y temperatura aceptable. Por otra parte, la lactancia materna en un primer momento fue eficaz, pero según pasaba el día la mujer empezó a sentir dolores en el pezón, ya que el recién nacido succionaba con mucha fuerza y aparecieron grietas, para lo que le recomendamos una pomada llamada Purelan y una pezonera. Además, le explicamos cómo se realiza correctamente la lactancia materna, poniendo la mano debajo del pecho en forma de C, intentado que el recién nacido coja areola y pezón y estando en una postura cómoda para ambos. Es tarea del personal de enfermería comprobar que el recién nacido tenga hechos los formularios de control del RN-Neonato e ir actualizándolos si se necesitase, donde específica sobre los datos generales, la somatometría, la alimentación y el estado de piel y mucosas del bebé.

Es importante recalcar que cuando llegó a la planta tuvimos que vigilar los loquios (pérdidas vaginales tras el parto) para comprobar si eran patológicos o normales en función de su aspecto y cantidad, las constantes vitales, la consistencia del útero y el apósito puesto en la herida quirúrgica para comprobar que no haya sangrado ni otro tipo de exudado.

Dominio 4: actividad-reposo.

Diagnóstico NANDA: deterioro de la movilidad física.

Factores relacionados: dolor y molestias

Características definitorias: disminución de la fuerza muscular y limitación de la amplitud de movimientos.

-Dominio 7: rol- relaciones.

Diagnóstico NANDA: lactancia materna ineficaz.

Factores relacionados: anomalías en el pezón, ansiedad maternal y déficit de conocimientos.

Características: el lactante se muestra incapaz de cogerse correctamente al pecho materno, falta de satisfacción del proceso de amamantamiento, falta de continuidad a la succión del pecho.

-Dominio 9: afrontamiento- tolerancia.

Diagnóstico NANDA: ansiedad (este diagnóstico seguiría en curso tras la cesárea por referir preocupación e incertidumbre por su estado de salud actual).

-Dominio 11: seguridad.

Diagnóstico NANDA: riesgo de infección (este diagnóstico sigue en curso tras la cesárea por ser portadora de una vía venosa periférica y de sonda vesical tras la intervención quirúrgica). Es función del personal de enfermería comprobar el estado de la incisión quirúrgica por si apareciesen signos de infección y el de la vía venosa periférica.

-Dominio 12: confort.

Diagnóstico NANDA: dolor agudo (este diagnóstico seguiría en curso tras la cesárea, pues nuestra paciente sigue refiriendo dolor).

Da 2 tras la cesárea:

En el turno de mañana, le tomamos las constantes (TA, temperatura, FC) y comprobamos el estado de la herida quirúrgica levantando el apósito, para verificar que no haya exudado ni signos de infección. Tras esto le recomendamos que se lave la herida con agua y jabón neutro, que se la seque a toques y que la deje al aire si es posible, aunque en el caso de que le moleste por el roce de la ropa puede ponerse otro apósito o cubrirlo con gasas. Posteriormente le preguntamos si realizó micción espontánea, pues la sonda vesical fue retirada en el turno de

noche del día anterior y le administramos la analgesia prescrita por el médico tras preguntarle si sentía dolor y habernos dicho que sí.

En torno a las 12 de la mañana pasamos por su habitación y le preguntamos si la lactancia está siendo efectiva. Nos dice que no y por tanto intentamos ponernos con ella a realizar la técnica. Vemos que el lactante no succiona correctamente y que ella sigue con dolores en el pezón, por lo que avisamos al pediatra y le aconseja que pruebe con la lactancia mixta, es decir, alternar lactancia materna con la toma de biberones. Finalmente, nos dice que cree estar estreñida y le contestamos que es normal pues ayer se sometió a una cesárea, pero en el caso de que esté así otro día más podríamos darle algún fármaco para solucionarlo.

-Dominio 4: actividad- reposo

Diagnóstico NANDA: deterioro de la movilidad física. Este diagnóstico sigue en curso pues debe hacer reposo, alternándolo con movimientos o ejercicios de muy pequeña intensidad.

-Dominio 3: eliminación.

Diagnóstico NANDA: riesgo de estreñimiento.

Factores de riesgo: funcionales (cambios ambientales recientes, actividad física insuficiente, debilidad de los músculos abdominales), psicológicos (Estrés abdominal), fisiológicos (cambios en el tipo de alimentos ingeridos), mecánicos (intervención quirúrgica).

-Dominio 7: rol-relaciones.

Diagnóstico NANDA: lactancia materna ineficaz. Dejaremos en curso este diagnóstico porque sigue presentando problemas para alimentar mediante lactancia materna al recién nacido.

-Dominio 9: afrontamiento- tolerancia.

Diagnóstico NANDA: ansiedad. Dejamos este diagnóstico resuelto por encontrarse más tranquila ya que su dolor va disminuyendo.

-Dominio 11: seguridad.

Diagnóstico NANDA: riesgo de infección. Dejamos este diagnóstico en curso porque, aunque hayamos retirado la sonda vesical, todavía tiene la vía venosa periférica y puede haber riesgo de infección de la herida quirúrgica.

-Dominio 12: confort.

Diagnóstico NANDA: dolor agudo. Dejamos este diagnóstico en curso porque nuestra paciente sigue refiriendo dolor (aunque en menor intensidad) en la zona de la herida quirúrgica.

Día 3 tras la cesárea:

En el turno de mañana le tomamos las constantes (TA, temperatura y FC) y comprobamos el estado de la herida quirúrgica, vemos que tiene buen aspecto y le recomendamos seguir lavándola con agua y jabón neutro, recalcando la importancia de dejar seca la herida. Tras esto le preguntamos si tenía dolor, nos dijo que no y por tanto no precisaba ningún tipo de analgesia.

Por otra parte, le preguntamos sobre la lactancia materna y nos dijo que prefería abandonar la lactancia materna y alimentar al recién nacido con lactancia artificial, es decir, con biberones, pues seguía refiriendo dolor en el pezón y consideraba que la mejor opción era esa. Se avisa al ginecólogo el cual pauta Dostinex, es decir, dos pastillas que actúan sobre la hipófisis suprimiendo la producción de prolactina. Por tanto, le recordamos cual era la frecuencia de tomas de biberones e insistimos en la importancia de que no deben pasar más de tres horas entre cada una.

Finalmente, le preguntamos sobre si padecía estreñimiento, nos dijo que no, ya que esa mañana había hecho deposición por tanto no era necesario ningún tipo de medicación.

En cuanto al recién nacido, este día le realizamos el cribado neonatal, el cual se realiza a las 48 horas de vida del recién nacido y que consiste en extraer sangre del talón para comprobar que no padezca ninguna de las siete enfermedades metabólicas que miramos a través de este examen.

-Dominio 3: eiminación.

Diagnóstico NANDA: riesgo de estreñimiento. dejamos resuelto este diagnóstico pues la paciente dijo no haber padecido estreñimiento los días anteriores.

-Dominio 4: actividad- reposo.

Diagnóstico NANDA: deterioro de la movilidad física. Este diagnóstico sigue en curso pues debe hacer reposo, alternándolo con movimientos o ejercicios de muy pequeña intensidad.

-Dominio 7: rol- relaciones.

Diagnóstico NANDA: lactancia materna ineficaz. Dejamos resuelto este diagnóstico pues la paciente decidió alimentar a su hijo mediante lactancia artificial.

-Dominio 11: seguridad.

Diagnóstico NANDA: riesgo de infección. Dejamos este diagnóstico en curso porque todavía tiene la vía venosa periférica y puede haber riesgo de infección de la herida quirúrgica, por lo que debemos vigilarla.

-Dominio 12: confort.

Diagnóstico NANDA: dolor agudo. Dejamos este diagnóstico resuelto ya que nuestra paciente refiere no tener dolor y encontrarse mucho mejor.

Día 4 tras la cesárea:

En el turno de mañana le tomamos las constantes (TA, FC y temperatura). Es el día del alta, por tanto, le preguntamos su estado general de salud, es decir, si tiene dolor y como se encuentra. Nos dice que se encuentra muy bien y por tanto pasamos a decirle las recomendaciones al alta. Respecto a la herida quirúrgica, le explicamos que debe realizar los mismos cuidados que cuando estaba hospitalizada, observando que no presente signos de infección, como puede ser edema, dolor, enrojecimiento, exudado purulento o sanguinolento...y que en caso de presentarse acuda al médico. Le explicamos que en 10-12 días tras la cesárea debe acudir a su matrona del centro de salud para retirar las grapas, en caso de que el estado de la herida sea bueno y que tendrá sangrado vaginal que irá yendo a menos durante aproximadamente 15 días. Le recomendamos que, de pequeños paseos, pero que no haga grandes esfuerzos en los próximos 10 días y le explicamos que volverá a tener la regla 5 ó 6 semanas más tarde.

Por otra parte, en cuanto al recién nacido le damos las recomendaciones oportunas, recalcando la importancia de lavar el cordón con agua y jabón neutro movilizándolo desde la pinza y secar bien con una gasa estéril, teniendo en cuenta de que suele caer entre el 5º y el 6º día. En segundo lugar, les explicamos la importancia de poner al bebé cerca de una ventana para que le dé la luz solar y así evitar la ictericia neonatal y que deben visitar a su pediatra a los 15 días de vida del recién nacido.

Finalmente, les damos el justificante de que realizaron el test del talón les explicamos que les llegaran en 15 días a casa, le damos la cartilla del recién nacido, una hoja con recomendaciones al alta, unas canastillas de regalo y tres biberones por si los necesitasen en algún momento.

4 Discusión-Conclusión

PAE y valoración del alta:

-Dominio 4: actividad- reposo.

Diagnóstico NANDA: deterioro de la movilidad física. Este diagnóstico al momento del alta estaría en curso pues, aunque no es necesario que haga reposo, debemos comentarle que no realice deportes ni que realice mucho ejercicio físico y que en caso de subir y bajar escaleras o actividades semejantes vaya con una

persona o con una ayuda, durante los primeros 15 días.

-Dominio 11: seguridad.

Diagnóstico NANDA: riesgo de infección. Dejamos este diagnóstico en curso, pues le quitamos la vía venosa periférica pero la herida quirúrgica debe ser controlada por su matrona del centro de salud. Debemos de asegurarnos de dejar cerrados los formularios de sonda vesical y catéteres, mientras que el de heridas quirúrgicas lo dejamos abierto porque aún no fueron retiradas las grapas.

Índice de Barthel: 80 (Dependencia leve).

Escala de Braden-Bergstron: 19 (Sin riesgo).

5 Bibliografía

1. Enfermeriaactual.com [Internet]. Madrid; [citado 14 Nov 2016] Disponible en : <http://enfermeriaactual.com/>
2. Nanda.es. Asistente de Planes de Cuidados de Enfermería en español [Internet]. Madrid; [citado 14 Nov. 2016]. Disponible en : <http://nanda.es/>
3. Historia clínica de la paciente.

Capítulo 12

ENFERMERÍA SOCIAL: PROYECTOS DE VIDA POSTJUBILACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA DIFERENCIA DE GÉNEROS EN PYMES (PEQUEÑOS Y MEDIANOS EMPRESARIOS) ENTRE 60-65 AÑOS

MARÍA BELTRÁN RODRÍGUEZ

MIRIAM MOYA ESPINOSA

ANA MARÍA LICERÁN PERALBO

1 Introducción

La justificación de este proyecto de investigación pivota en cuatro ideas básicas: el escaso conocimiento por parte de la sociedad en general acerca de los proyectos de vida de los jubilados, la escasez de actividades de ocio que la sociedad ofrece debido al desconocimiento de los gustos y preferencias de los mayores, la idea sesgada de la población hacia el mayor pasivo e inactivo con escasez de actividades de ocio y proyectos de vida, y el hecho de que la eficacia de un curso de preparación para la jubilación esté poco estudiado en relación a la reducción de posteriores gastos sanitarios. Para la mayor parte de la población activa, la jubilación define legal y convencionalmente la entrada en la ancianidad. Pero muchas cosas están cambiando en la sociedad actual y en la jubilación.

Socialmente se ha considerado el rol del jubilado como un rol sin rol, por no haberle reconocido la sociedad actual un papel social como lo hacían muchas sociedades primitivas o la medieval, donde el final de la actividad guerrera o artesanal no suponía la pérdida del status social. Dichas sociedades eran más eficaces en la utilización de los recursos humanos que las contemporáneas, ya que los mayores, cuando dejaban una actividad, encontraban otra sustitutiva, relevante para ellos y útil para la comunidad. La solución a los problemas de los jubilados contemporáneos consiste en convertir ese rol sin rol en la sociedad industrial en un rol con rol que les asigne responsabilidades, status y prestigio social, si no laboral. Hay que superar ciertos planteamientos mentales economicistas que consideraban a los jubilados como pasivos que detraen bienes y servicios de la economía sin aportar nada.

Se prevé un cambio en la consideración de la jubilación, de la visión económico-productiva a una visión psicosocial en la que, sin olvidar los aspectos económicos, se pase del rol sin rol a un rol diferente que reconozca que, aparte del rol laboral de trabajador activo, pueden existir otros roles relevantes socialmente para el jubilado.

La jubilación es la situación a la que pueden acceder las personas que cesaron voluntaria o forzosamente en su trabajo profesional por cuenta ajena o propia. En España, cabe la posibilidad de percepción de la pensión de jubilación a los 64 años, en casos de contactos de relevo.

Tradicionalmente se viene identificando la ancianidad con la jubilación. La jubilación supone la interrupción de la vida laboral, el replanteamiento de la vida familiar, la disponibilidad de más tiempo libre, la necesidad de ocupar el abundante ocio y la reducción del poder adquisitivo, por ser las pensiones de menor cuantía que los ingresos habituales. Pero también supone la posibilidad de dedicarse a actividades diferentes, de recuperar el tiempo perdido, etc. Está claro que la jubilación supone un impacto en la persona. De hecho, es considerada un punto de inflexión en la vida de las personas porque algo cambia: las rutinas, la forma de relacionarse con otros, la capacidad económica, etc.

Uno de los principales problemas que se les presenta a las personas a partir del momento de su jubilación, es el de no saber qué tienen o qué pueden hacer; es decir, se produce en ellas una sensación de desconcierto. El jubilado pierde su status social, cambia alguna de sus actividades y se ve obligado a prescindir de otras. Un repaso de los últimos estudios sobre el impacto de la jubilación en las personas puede permitirnos a los profesionales adaptar las estrategias adecuadas

para hacer frente a estos cambios.

Entendemos por buen envejecimiento, por un envejecimiento satisfactorio, aquel que refiere la salud entendida, no como ausencia de enfermedad, sino desde la triple perspectiva biológica, envejecimiento sano y pleno, psicológica, envejecimiento positivo y adaptado y social, envejecimiento integrado, activo y participativo. El proceso de envejecimiento presupone una serie de cambios sociales y de roles laboral, familiar y en la comunidad, fundamentalmente.

En la esfera productiva, el gran cambio es la jubilación del individuo. Las modificaciones en las costumbres laborales que ésta acarrea tienen consecuencias, y la adaptación es difícil, puesto que la vida del individuo y sus valores están orientados en torno al trabajo y a la actividad productiva. En muchos casos, y sobre todo para los hombres, la jubilación supone una ruptura con un proyecto de vida forjado alrededor del trabajo, que ha ocupado su tiempo, ha marcado su ritmo y ha definido sus relaciones personales. Pero la actividad laboral proporciona también la situación social al individuo. Pasar a formar parte de la clase pasiva representa ser apartado del núcleo que toma decisiones, y de intervenir en las cuestiones importantes que influyen en la colectividad.

En la esfera reproductiva, las mujeres viven el cambio en el momento del climaterio y los años posteriores, sobre todo si han centrado su vida en la familia y van viendo como sus hijos cada vez reclaman menor atención y protección de su parte nido vacío. La jubilación y el nido vacío, como los sucesos evolutivos que más se destacan en este período de la vida, conllevan nuevas condiciones, como la mayor disponibilidad de tiempo y la disminución de las responsabilidades, que requieren de hombres y mujeres un esfuerzo de adaptación.

Tras la jubilación, a la pérdida del referente de relaciones sociales abiertas que le proporcionaba el ámbito laboral, se producirá un repliegue del jubilado hacia ámbitos relacionales más próximos, en concreto hacia su mundo matrimonial y familiar. A su vez, el rol de abuelo surgirá con una significación e implicación mayor emocionalmente; un papel hasta ahora menos disfrutado, debido fundamentalmente a los ritmos laborales.

En cuanto a las relaciones del individuo circunscritas al ámbito laboral tienden a desaparecer, bien de forma paulatina o repentinamente. Además, con la pérdida del rol laboral, a nivel social, se pierde el estatus, el reconocimiento o prestigio, que ese papel pudiera conllevar. A nivel individual, el hecho de la jubilación, afectará al grado de implicación en el trabajo de la comunidad, al sentido de la

competencia social del individuo.

Conseguir una adecuada integración social de los mayores es el objetivo con la potenciación de otros ámbitos de interacción social, porque, una deficiente integración social tendría efectos negativos, entre los que señalaremos, la sensación de exclusión social y una mayor exposición a los peligros sociales.

Por una parte la búsqueda de nuevos roles y la realización de actividades y por otra, el apoyo en la familia y los amigos, así como en algún tipo de organización, asociación o club, pueden propiciar la reconstrucción de su identidad y su toma de posición social que le aporte bienestar y calidad de vida en esta nueva etapa de su vida.

La jubilación puede tener diferentes significados para cada persona dependiendo de numerosas circunstancias personales, sociales, económicas, etc. Tener una vida cotidiana de calidad y sentir control personal sobre esa vida son elementos clave en la vivencia positiva de la etapa de la jubilación.

Como en el resto de transiciones importantes de la vida, hay que ofrecer a las personas oportunidades para prepararse adecuadamente y con la antelación debida a su jubilación. De este modo, maximizaremos las posibilidades de que se produzca una buena adaptación a este nuevo y emocionante periodo vital.

Sentirse activo, productivo, útil e implicado socialmente y en la comunidad de pertenencia son necesidades importantes que han de ser satisfechas en la vida posterior a la jubilación y, en cualquier caso, en la vejez. Es responsabilidad de todos contribuir a ofrecer respuestas satisfactorias a estas necesidades fundamentales de las personas tras su salida del mercado laboral. Una adecuada preparación para la jubilación podría ayudar a las personas mayores a dar sentido a esta nueva y desconocida etapa de su vida.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Analizar los proyectos de vida postjubilación entre la diferencia de géneros que poseen los pequeños y medianos empresarios antes de jubilarse para incidir en los cursos de preparación a cerca de este aspecto y ampliar por parte de la sociedad un abanico de actividades de ocio encaminadas o dirigidas a estos proyectos de vida.

Objetivos secundarios:

- Analizar, a través de una aproximación psico-sociológica, los significados, dimensiones y representaciones de las actividades de las personas mayores en el entorno de la jubilación y en el proceso de envejecimiento.
- Describir el carácter procesual de la transición a la jubilación.
- Identificar los determinantes que condicionan la adaptación positiva o negativa a la nueva etapa vital.
- Valorar la conveniencia de realizar una adecuada preparación para la jubilación.
- Analizar la relevancia de lo que hacemos cuando nos jubilamos y comprobar lo que somos como jubilados.
- Revisar las teorías más relevantes sobre envejecimiento y jubilación, para llegar a un enfoque psicossociológico del envejecimiento y la jubilación.
- Profundizar en la construcción simbólica (significados, actitudes y representaciones) de la actividad en el envejecimiento desde el punto de vista de las personas mayores.
- Indagar sobre los posibles efectos y cambios en otras dimensiones (situación económica, nivel de salud-enfermedad, entre otros) propias del envejecimiento y jubilación y, lo que es más importante, su conexión con la actividad de las personas mayores. Aunque nos centraremos en las actividades también tendremos en cuenta otros aspectos colaterales con el fin de la etapa laboral.
- Apuntar tendencias y perspectivas sobre la trilogía, mayores-actividad-envejecimiento en el contexto de una sociedad en continuo cambio y reconstrucción, y considerando la misma como un reto y desafío para la psicología social, y para las ciencias sociales en general.

3 Metodología

En este apartado se describe el procedimiento de investigación. Se explicita el cómo y porqué de la estrategia metodológica seguida (técnicas y justificación), cómo y dónde (criterios, contextos), con quién (participantes), qué y para qué (análisis de discursos) se ha llevado a cabo la investigación. El método seguido en este estudio es de carácter cualitativo. De entrada, se busca la relevancia y significatividad social más que la representatividad estadística. Se trata de descubrir y abarcar la gama más amplia de discursos y actitudes de la gente mayor en relación a los proyectos de vida.

Seguimos el método cualitativo porque consideramos el camino adecuado para llegar a una mayor profundización sobre el significado, valores, actitudes de los

mayores hacia los proyectos de vida en el período postlaboral y en la última etapa vital. Nuestro objeto y fines se enmarcan en el mismo supuesto básico del método cualitativo que parte de la idea de que el mundo social está construido con significados y símbolos, lo cual implica, pues, la búsqueda de esta construcción y significados.

Diseño:

- Esquema teórico: la estrategia de una investigación cualitativa va orientada a descubrir, captar y comprender una teoría, una explicación, un significado, al paso que la de una cuantitativa va más orientada a contrastar, comprobar, demostrar la existencia de una teoría previamente formulada. La primera impone un contexto de descubrimiento y de exploración al paso que la segunda impone una de comprobación y de contraste. Por eso, el esquema teórico que se va a seguir en este proyecto es la metodología cualitativa.
- Tipo de muestra: los análisis cualitativos estudian un individuo o una situación, unos pocos individuos o unas reducidas situaciones. Mientras que el estudio cuantitativo pretende generalizar algún aspecto, el cualitativo pretende más bien profundizar en ese mismo aspecto, aunque lo que acaece en este caso concreto no sea fácilmente generalizable a otros casos similares. Su orientación es hacia la sabiduría vertical no la horizontal, y su obsesión es la validez interna más que la validez externa o fiabilidad ecológica. La tarea de seleccionar muestras representativas pasa a ocupar un segundo lugar en la metodología cualitativa.

Población de referencia de este proyecto:

Pequeños y medianos empresarios (pymes) de la ciudad de Jaén que tengan entre 60 y 65 años. Seleccionamos esta población de referencia porque hay mucha variedad de trabajos que desempeñan los pymes y constituyen una gran parte de la población activa. Seleccionaremos empresas que tengan de 30-250 trabajadores. El tamaño de la muestra irá variando en función de la significación de la información que vayamos obteniendo, por lo que no seleccionamos una muestra concreta.

Diseño muestral:

- Muestreo: para el proyecto vamos a emplear el muestreo intencional (muestreo de bola de nieve), sobre el censo de pequeñas y medianas empresas de Jaén.
- Muestreo de bola de nieve: los sujetos entran en contacto con el investigador a través de sujetos entrevistados previamente.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: desarrollo en un contexto urbano; que los entrevistados

sean pymes, accesibilidad y predisposición del entrevistado; los entrevistados tienen que tener edades comprendidas entre 60 y 65 años; tienen que ser de ambos sexos, que trabajen de forma remunerada, con autonomía física-psíquica y social, de distintos niveles socioeconómicos, diferentes trayectorias laborales, diferente estado civil y distintos hábitats. Tamaño de la empresa debe ser entre 30 y 250 trabajadores.

-Criterios de exclusión: pre-jubilados, jubilados y edades previas a los 60 años; y que realicen cualquier trabajo diferente al de los pymes.

-Codificación del lenguaje: existen múltiples modos de categorizar los datos para poder resumirlos y analizarlos. Un modo útil de codificar es el de categorizar por dominios o categorías. Las categorías pueden ser de 3 clases principales: comunes, especiales y teóricas.

-Control de calidad: para garantizar la fiabilidad de los instrumentos de medida de la metodología cualitativa y para comprobar que sus relaciones y asociaciones estadísticas son auténticas y no ficticias llevamos a cabo el Test de garantía de calidad.

Recogida de datos:

Se lleva a cabo mediante una entrevista (individual) semiestructurada en profundidad.

-El proceso de interacción que se lleva a cabo entre el entrevistador y entrevistado es mediante una conversación (con preguntas abiertas y cerradas).

-El proceso de sonsacamiento: se inicia con la estrategia básica de todo el proceso de captación de la información que está presidida por la que se denomina lanzadera-embudo.

-El proceso de registro: se va a llevar a cabo a través de un grabador magnetofónico, ya que la toma de notas durante la conversación desconcentra al entrevistador de la conversación, perdiendo así el ritmo de una entrevista fluida y cómoda.

Descripción detallada del proyecto:

Todos los componentes del proyecto que vayan a participar deben estar informados de la existencia y de los objetivos de los condicionamientos esenciales y de las dimensiones fundamentales de la investigación.

Primero procederemos a la identificación de los pymes. Para ello consultaremos con la cámara de comercio y con la Confederación de pequeños y medianos empresarios de Jaén para seleccionar a los primeros participantes. Después indagaremos en las pequeñas y medianas empresas que tengan entre 30 y 250 traba-

adores y mediante el empleo de Muestreo de bola de nieve los sujetos entran en contacto con el investigador a través de sujetos entrevistados previamente con características semejantes elegidos por nosotros.

Una vez identificados los pequeños y medianos empresarios, realizaremos una visita a las empresas para informarles que han sido seleccionados para formar parte de un estudio de investigación; una vez que accedan a formar parte del estudio les informaremos sobre que se les va a realizar una entrevista con preguntas abiertas y cerradas fáciles de contestar. Previamente se les ofrecerá un impreso de consentimiento informado que firmarán (para poder participar) una vez que hayan comprendido el objetivo y la finalidad de la investigación. Posteriormente les daremos las indicaciones sobre las entrevistas que han sido planificadas: lugar, fecha, hora y frecuencia de desarrollo de las mismas.

Tales entrevistas se desarrollarán en la casa de la cultura de la ciudad de Jaén, tendrán una duración de una hora aproximadamente y el horario establecido será en función de aquel que no interfiera demasiado en la dinámica de la empresas.

Les indicaremos que todo esto es algo voluntario, y que a su vez será gratificante porque ayudarán a romper con los estereotipos sociales negativos que la sociedad tiene a cerca de la jubilación y de las actividades de ocio o proyectos de vida de las personas mayores. Les aseguraremos el anonimato y uso científico de la información.

Les ofreceremos un refresco/café y aperitivo antes de empezar la entrevista. Después procederemos a la grabación de la misma con un grabador magnetofónico (solicitando su permiso). Les entregaremos un detalle-regalo en agradecimiento por la colaboración. Y por último procederemos al análisis de los datos.

Análisis de los datos:

Un modo útil de analizar es el de categorizar por dominios o categorías. El análisis de los datos se lleva a cabo básicamente a través de una descripción densa cuyos rasgos característicos son:

- Que es interpretativa,
- Que lo que interpreta es el flujo del discurso social y
- Que esa interpretación consiste en tratar de rescatar lo dicho en ese discurso de sus ocasiones precederas y fijarlo en términos susceptibles de consulta.

4 Bibliografía

1. Wordpress.com, economía, política, historia, arqueología y educación. El trabajo entusiasta y experimentado al final de una vida productiva (sede web). CTST; 2007 (acceso 21 de diciembre de 2007). Disponible en: <http://tigrepelvar4.wordpress.com>
2. Agulló Tomás MS. Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: Una aproximación psico-sociológica (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2005.
3. Pérez Díaz J. El envejecimiento de la población española. Investigación y ciencia (revista en Internet) 2010 (acceso desde noviembre de 2010), (9). Disponible en: http://www.investigacionyciencia.es/Archivos/11-10_Perez-Diaz.pdf
4. Morargas Morargas R. Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona: Herder; 1995.
5. Mayán Santos JM. Gerontología social. Santiago de Compostela: Segá; 2000.
6. Sarabia Cobo CM, Delgado Uría A, Castanedo Pfeiffer C. A vueltas con la jubilación. Gerokomos (revista en Internet) 2011, 22 (2): 72-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v22n2/comunicacion_breve.pdf
7. Giró Miranda, J. Envejecimiento, salud y dependencia. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones; 2005.
8. Bueno Martínez B, Buz Delgado J. Jubilación y tiempo libre en la vejez. Portal Mayores (revista en Internet). 2006 [acceso 16 de octubre de 2006]; 9 (65): (20). Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bueno-jubilacion-01.pdf>
9. Altarriva Mercader FX. Gerontología. Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer. Barcelona: Boixareu universitaria; 1992.
10. Pérez Ortiz L. Envejecimiento y género. En: Pinazo Hernandis S, director. Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2005. p.71-89.
11. Herrera Santi PM. Jubilación y vejez, su repercusión en la salud familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral (revista en Internet) 2008 (acceso de octubre a diciembre de 2008), 24 (4): (1-7). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
12. Fernández Ballesteros R. Gerontología social. Madrid: Pirámide; 2009.
13. Castro Roldán DM. La prejubilación, un estudio piloto con mirada gerontológica. Itinerario educativo (revista en Internet) 2010 (de julio a diciembre de 2010), (56): (233-254). Disponible en: <http://www.usbbog.edu.co>
14. Rodríguez Feijóo N. Actitudes hacia la jubilación. Interdisciplinaria (revista en internet) 2007 (acceso de enero a julio de 2007), 24 (1): (5-42). Disponible en:

<http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v24n1/v24n1a01.pdf>

15. Sáez Narro N, Meléndez JC, Aleixandre M, Vicente P. Preparación a la jubilación. En: Lara Carmona R, diputado. Gerontología social: Perspectivas teóricas y de intervención. Jaén: Diputación Provincial de Jaén; 1993. p.167-215.

16. Ruiz Olabuénaga JI. El diseño cualitativo. Metodología de la investigación cualitativa. 4ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2009. p. 51-81.

17. Ruiz Olabuénaga JI. La entrevista. Metodología de la investigación cualitativa. 4ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2009. p. 165-189.

18. Ipyme.org, Retrato de la pyme 2011 (sede web). Ministerio de industria, turismo y comercio: Dirección General de Política de la Pyme; 2011. Disponible en: http://www.ipyme.org/Publicaciones/Retrato_PYME_2011.pdf

19. Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. Revista Española de Salud Pública [online]. 2002, 76 (5): 373-380. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v76n5/editorial.pdf>

20. Disponible en: <http://docs.google.com>

Capítulo 13

SÍNDROME DE ANDERSEN-TAWIL

IRANZU MARTÍNEZ PEREZ

MARÍA GARBAYO BERRADRE

VERONICA MIRANDA SANTAFÉ

1 Introducción

El Síndrome de Andersen-Tawil (ATS) es una enfermedad que afecta a los canales de potasio, que se clasifica dentro de los síndromes hereditarios de QT alargado como el tipo 7. Los Síndromes de QT largo (SQTL) son un conjunto de canalopatías arritmogénicas cuya característica principal es una grave alteración en la repolarización ventricular, expresada electrocardiográficamente por la prolongación del intervalo QT. Los afectados por este tipo de síndromes pueden sufrir muerte súbita debido a las arritmias ventriculares malignas de tipo torsade de pointes.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste el síndrome de Andersen-Tawil, profundizando sobre cuáles son sus principales síntomas y manifestaciones, así como su diagnóstico y tratamiento.
- Explicar cuáles son las características que diferencian al ATS de otros SQTL.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en algunas de las principales bases de datos: Scielo, PubMed y Elsevier. También se ha consultado en la web de la Revista Española de Cardiología y las webs de enfermería Enfispo y Cuiden. Las palabras clave utilizadas han sido: Síndrome de Andersen-Tawil y Síndrome de QT alargado.

4 Resultados

Como ya hemos dicho, el síndrome de Andersen-Tawil (ATS) es el número 7 de los síndromes hereditarios de QT largo. En este caso se hereda de forma autosómica dominante. El gen que se ve afectado en el mayor número de ocasiones es el KCNJ2 que codifica la proteína Kir2.1, fundamental para el funcionamiento del canal rectificador de potasio interno. Más recientemente también se ha descrito la anomalía en un segundo gen, el KCNJ5, que provocaría la inhibición de esta proteína Kir2.1. El primer caso fue descrito en 1971 por el Dr. Andersen y posteriormente el Dr. Tawil desarrolló los criterios diagnósticos que permitían diferenciarlo de otras enfermedades que también producían parálisis periódica.

Fisiopatología:

El canal de potasio rectificador interno contribuye a la estabilización del potencial de membrana en reposo y modera la duración de la fase de repolarización del potencial de acción en el músculo esquelético cardíaco y cerebral. En el caso de los miocitos, el Kir 2.1 prolonga el tiempo de duración del potencial de acción, impidiendo la repolarización del ventrículo y provocando un alargamiento del intervalo QT que favorece la aparición de arritmias ventriculares. Ambas son las dos primeras de las características de ésta enfermedad. Otro de los signos principales de esta enfermedad es la aparición de parálisis flácida, ya que la alteración del canal de potasio rectificador provoca una despolarización sostenida en la membrana celular muscular, que impide la propagación del potencial de acción. Aunque aún no está muy claro el papel del Kir 2.1 en el desarrollo esquelético, se sabe que para un correcto funcionamiento de los osteoblastos es necesaria la corriente de potasio en el Kir 2.1, ya que ayuda a mantener un medio ácido adecuado para una reabsorción ósea normal.

Características clínicas y diagnóstico:

Los primeros síntomas que presentan aquellos pacientes que sufren esta enfermedad son los musculares. En la infancia y adolescencia puede aparecer debilidad

muscular después de hacer alguna actividad física prolongada, que remite espontáneamente y cuya duración va de unas horas a unos días. También aparecen extrasístoles ventriculares y taquicardia ventricular no sostenida y, con menor frecuencia, síncope arrítmico y muerte súbita. Los pacientes afectados por el ATS también presentan algunas alteraciones en el desarrollo y facies característica como son: talla baja, puente nasal ancho, baja implantación de los pabellones auriculares, dentadura incompleta y atrasada, hipoplasia mandibular y clinodactilia entre otras.

Los criterios diagnósticos para el ATS son los siguientes:

-Sección A- Dos de los tres criterios:

1. Parálisis periódica.
2. Arritmia asintomática o evidencia electrocardiográfica de ectopia ventricular, aumento del voltaje de la onda U o alargamiento del intervalo Q-T o Q-U.
3. Facies característica (frente amplia, fisuras palpebrales cortas, puente nasal amplio, punta de la nariz bulbosa, hipoplasia mandibular y maxilar, labio superior delgado y cara triangular), alteraciones dentales, manos y pies pequeños y al menos 2 de los siguientes signos:
 - A. Implantación baja de pabellones auriculares.
 - B. Hipertelorismo.
 - C. Micrognatia.
 - D. Clinodactilia del quinto dedo.
 - E. Sindactilia

-Sección B - Uno de los 3 criterios mencionados arriba, más lo siguiente: que exista en la familia por lo menos un integrante diagnosticado con 2 de los 3 criterios de la sección A.

Las principales alteraciones electrocardiográficas que es posible encontrar en pacientes con ATS son:

1. Datos electrocardiográficos
- Onda U prominente (o bifásica).
 - Intervalo QTc/QUc prolongado.
 - Bigeminismo ventricular.
 - Extrasístoles ventriculares.
 - Taquicardia ventricular:
 - Bidireccional.
 - Polimórfica.
 - Helicoidal (torsades des pointes).
 - Bloqueo auriculoventricular
 - Bloqueo de rama del haz de His (derecha o izquierda)

-Bloqueo bifascicular

2. Datos ecocardiográficos:

-Malformaciones valvulares:

Estenosis de la pulmonar.

Válvula aórtica bicúspide, con y sin coartación.

Prolapso valvular mitral.

El signo común que se puede encontrar en los pacientes con ATS es la presencia de un alargamiento en el intervalo QT y una morfología característica en la onda T (alargada) y U (de gran tamaño).

La taquicardia ventricular no sostenida y las extrasístoles son signos encontrados con mucha frecuencia, al contrario que el síncope arritmico, paro cardíaco o muerte súbita, que son los signos menos frecuentes.

La TV bidireccional se presenta normalmente con una frecuencia de entre 130-140lpm (relativamente lenta) y suele ser bien tolerada y asintomática. Sin embargo las TV polimórficas suelen cursar con frecuencias cardíacas más rápidas y son muy sintomáticas, pudiendo causar síncope o convertirse en FV provocando una muerte súbita.

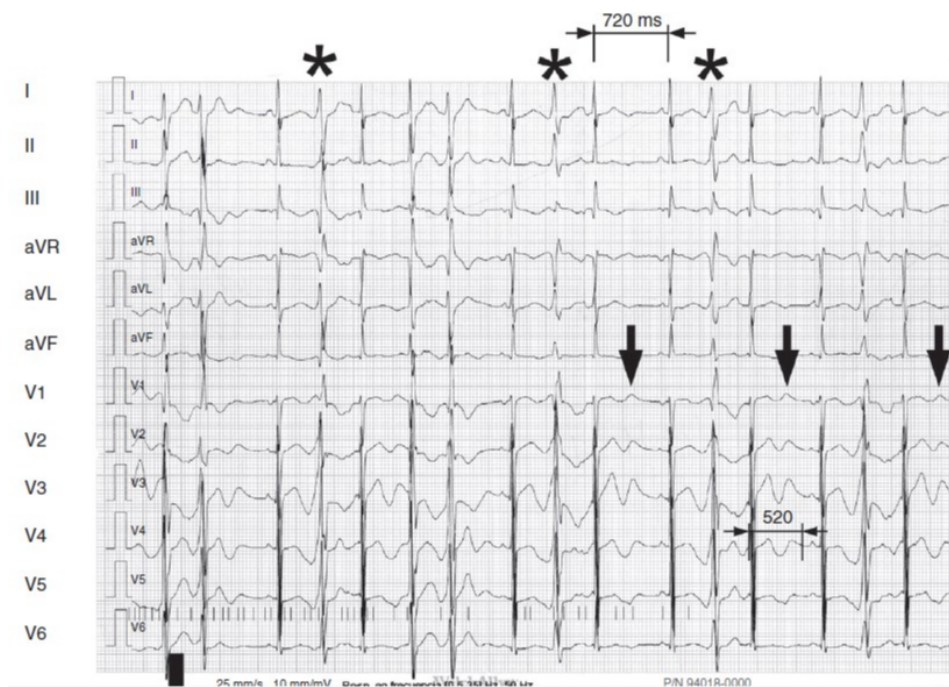
Tratamiento:

En cuanto al tratamiento para el ATC la implantación de un cardiodesfibrilador automático es una indicación de Clase I (existe evidencia y/o acuerdo general en que se trata de un tratamiento es efectivo) en pacientes que han presentado un paro cardíaco por FV, síncope recurrentes o TV mal tolerada.

Aunque el tratamiento farmacológico sigue siendo un tema controvertido debido a la falta de evidencia y publicaciones al respecto, el medicamento que parece mostrar mayor eficacia es la Flecaínida. En algunos de los casos descritos la Flecaínida ayudó a eliminar las extrasístoles ventriculares y la TV bidireccional.

Encontramos también descrito el empleo de betabloqueantes, solos o en combinación con la Flecaínida y los antagonistas de calcio.

Por último, la ablación por radiofrecuencia se utiliza como tratamiento de arritmias ventriculares malignas presentes en algunos síndromes genéticos, por lo que no debería descartarse su utilidad para el tratamiento del ATS, aunque hasta la fecha no haya informes de ablaciones exitosas para esta enfermedad.



5 Discusión-Conclusión

Debido a su relación con muerte súbita y arritmias la identificación y tratamiento del ATS cobran gran importancia. Debe sospecharse ante la presencia de TV bidireccional, prolongación del intervalo QT y morfología característica de la onda U. Aunque el tratamiento farmacológico ha resultado eficaz en muchos casos, el riesgo de paro cardíaco sigue siendo elevado en muchos casos.

Es importante seguir investigando más a fondo sobre las causas, el diagnóstico y los posibles tratamientos para esta enfermedad, cuyos efectos son tan nocivos.

6 Bibliografía

1. Márquez MF, Totomoch-Serra A, Vargas-Alarcón G, Cruz-Robles D, Pellizzon OA y Cárdenasa M. Síndrome de Andersen-Tawil: una revisión del diagnóstico genético y clínico con énfasis en sus manifestaciones cardíacas. Arch Cardiol Mex. 2014;84(4):278-285.
2. Medeiros-Domingo A, Iturralde-Torres P y Ackermanc MJ. Clínica y genética

en el síndrome de QT largo. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60(7):739-752.

3. Márquez MF, Pellizon O, Iturralde, P. ANDERSEN-TAWIL SYNDROME: HOW TO IDENTIFY IT AND HOW TO TREAT IT. *Revista CONAREC.* 2016;32(136):203-206.

4. Maffè S, Paffoni P, Bergamasco L, et al. Therapeutic management of ventricular arrhythmias in Andersen-Tawil syndrome. *Journal of Electrocardiology.* 2019; 58(2020):37-42.

Capítulo 14

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN EDAD AVANZADA.

ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

Los cuidados del TCAE para que la persona de edad avanzada se sienta mejor son imprescindibles. A este tipo de personas hay que fomentarles la independencia, se trata de fomentar, también el autocuidado. Es conveniente respetar sus costumbres y hábitos en la medida de lo posible. El TCAE debe contemplar las necesidades de los pacientes geriátricos, esto incluye una valoración de todas las áreas que lo rodean.

Conocer las necesidades de estas personas es fundamental para ayudarles. Determinar cuál es la ayuda que necesita el paciente geriátrico en cada momento y saber brindarla es la base del trabajo que tiene que hacer el TCAE con el paciente geriátrico. Al llegar a una avanzada edad, se produce en la persona un envejecimiento tanto físico como psíquico, ya que sus capacidades tanto unas como otras pueden verse alteradas. La alteración de la cognición puede dificultar la realización de otras actividades necesarias para el mantenimiento diario.

2 Objetivos

- Establecer las técnicas de cuidados básicos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para la prevención y atención socio.sanitaria al mayor, tanto en sus aspectos biológicos como psíquico y social, para así poder dar una respuesta global a sus necesidades.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es necesario realizar los cuidados del anciano comenzando por la necesidad de comunicación y relación con la persona mayor y/o con la familia de este modo obtendremos datos para que el cuidado se realice en las mejores condiciones. Es decir, es necesario realizar una entrevista al paciente, la cual nos permitirá saber las costumbres de la persona, la higiene, el aseo y aquellas circunstancias que le preocupan y que pueden constituir un problema psíquico. Esta entrevista la realiza el personal de enfermería, pero el TCAE colabora y aporta su observación.

Existe una escala llamada índice de Barthel, la cual nos permite realizar la valoración funcional del paciente y su rehabilitación. Este índice de Barthel mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria consideradas como básicas. Dentro de los grandes síntomas geriátricos encontramos: caídas, deterioro cognitivo, incontinencia, inmovilidad, etc. Basicamente el TCAE enfocará sus cuidados y actividades en tres áreas del paciente anciano: física, psíquica y social.

1. Física:

- Ayudar a realizar la higiene corporal.
- Controlar la alimentación y la hidratación.
- Administrar o controlar la medicación
- Vigilar alteraciones en uñas, ojos y piel.

- Ayudarle tanto en sus cambios posturales como en su desplazamiento.
- Todo esto se hace siempre fomentando la autonomía del paciente anciano.

2. Psíquica:

- Vigilar las alteraciones de sueño.
- Vigilar su estado de ánimo.
- Vigilar cambios en cuanto a nivel de consciencia.

3. Social:

- Animarlos a que expresen sus iniciativas y deseos en cuanto a ocupación del tiempo.
- Hacer que ejecute la memoria.
- Intentar que el paciente anciano esté orientado en el tiempo.

Cuidados básicos para el anciano.

- La higiene: el TCAE es el encargado de realizar la higiene del paciente anciano. Es importante respetar la dignidad del paciente humanizando la tarea. A ser posible el aseo del paciente anciano se realizará entre dos personas según el grado de dependencia de la persona mayor. Podemos realizar el cuidado higiénico de diferentes formas: ducha, baño en bañera, higiene con ayuda en la cama e higiene completo en cama. Se le explica al paciente lo que se le va a hacer, pidiéndole que colabore, se le procura una temperatura adecuada y un ambiente íntimo. Se procede al lavado siguiendo un orden: afeitado, ojos, cara y orejas, cuello y hombros, brazos, manos y axilas, tórax y mamas, abdomen piernas y pies, espalda, nalgas y región genital.

- Cuidados en la piel: con la edad, la piel se encuentra menos hidratada. Por esto, la piel de los ancianos ha de estar limpia, seca, protegida con cremas hidratantes. Si el paciente está encamado es muy importante realizar cambios posturales y observar las zonas en las que se pueden producir úlceras por presión. El TCAE debe saber que existe una serie de causas que favorecen la aparición de úlceras por presión:

A. Inmovilidad: estar mucho tiempo sentado o encerrado.

B. Alimentación inadecuada: tanto en defecto como en exceso, o en pacientes con deshidratación.

C. Fiebre: durante los procesos febriles se produce un aumento del requerimiento de nutrientes y oxígeno de los tejidos, favoreciendo la aparición de úlceras.

D. Piel: la falta de higiene o el estar mucho tiempo con la ropa húmeda puede desencadenar irritación en la piel

- Colocación de cuña y botella: este procedimiento se realiza entre uno o dos

TCAE, en función del grado de movilidad del paciente. Hay que procurar no tenerlo con la cuña puesta mucho tiempo.

- La alimentación: el TCAE es el encargado de darle la comida al paciente anciano y asimismo debe saber que la nutrición en las personas mayores está condicionada por cambios fisiológicos, físicos y sociales. Debe seguir unas recomendaciones.

A. Adecuada temperatura de los alimentos.

B. Estar pendiente si mastican bien.

C. Administrar alimentos blandos y húmedos.

D. Si el anciano tiene dificultad para utilizar las cubiertos se le proporcionan unos especiales y se le corte el alimento en trozos pequeños.

- El sueño: en la edad adulta el sueño es más superficial e interrumpido. Por ello, durante el día el paciente puede tener somnolencia. El TCAE debe observar una serie de medidas para contribuir a que el sueño sea lo más higiénico posible:

A. Acostarse y levantarse a la misma hora.

B. Intentar hacer actividades relajantes.

C. No acostarse recién cenado.

5 Discusión-Conclusión

El paciente anciano puede necesitar ayuda para levantarse y acostarse de la cama y para el aseo personal. El TCAE debe de proporcionar estos cuidados al paciente para que estos mantengan la calidad de vida. Se trata de mantener a estas personas integradas en su entorno, permitiéndoles una vida activa y gratificante con la mayor autonomía e independencia posibles.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería EDITEX.
2. Evangelina, McGrawHill.
3. Dialnet www.cuidadosdeauxiliares.com

Capítulo 15

LA OBESIDAD INFANTIL Y SU PREVENCIÓN

MARIA ALONSO ARIAS

1 Introducción

Hoy en día, debido a que las costumbres han cambiado, la actividad diaria ha decrecido. La sociedad moderna ha empujado a los más pequeños a moverse menos y a su vez ingerir más alimentos procesados y calóricos que acaban produciendo obesidad a temprana edad.

2 Objetivos

- Prevenir la obesidad infantil.
- Ofrecer consejos y pautas claras para prevenir la obesidad infantil.

3 Metodología

La prevención y los buenos hábitos son esenciales para tener buena salud, tanto ahora como en un futuro. Es necesario hacer un esfuerzo para que los más pequeños se habitúen a llevar una vida sana siguiendo unos sencillos consejos:

- Desayunar todos los días.
- Comer cinco o más raciones de frutas y verduras al día.
- Comer cantidades menores en las comidas (porciones) y evitar picar entre horas.
- Comer proteínas magras (pescado, pechuga de pollo, soja).
- Optar por productos lácteos desnatados.

- Tomar agua.
- Realizar actividad física o ejercicio.
- Caminar caminar por lo menos 150 minutos cada semana, aproximadamente 22 minutos al día, para mejorar la salud.
- Realizar cambios en el comportamiento que permitan lidiar con situaciones de resolución de problemas, manejo de estrés, autocontrol y control de estímulos, entre otras.

También es importantes que los adultos sigan ciertas pautas respecto a sus mas pequeños, ya que la iniciativa de prevención tienen que idearla estos:

- Llevarte a tus hijos de excursión siempre que puedas. Cualquier excusa es buena para salir con tus hijos y hagan ejercicio cardiovascular, ya sea largos paseos, compras, etc.
- Enseñar a tus hijos a comer despacio y pausado, alargando los tiempos de las comidas para que se sientan saciados.
- Diseñar menús equilibrados que les gusten y resulten divertidos.
- Prepararles tentempiés sanos para llevar al colegio.
- Ampliarles el espectro de sabores y alimentos que no conozcan.
- Al comer fuera con ellos evitar la comida rápida, calórica y muy azucarada.
- Motivarles a la practica de actividades extraescolares y deportivas.

4 Bibliografía

- Must A, Dallal G, Dietz W. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²)- a correction. *Am J Clin Nutr* 1991; 54: 773.
- From National Cholesterol Education Panel: Report of the expert panel of blood cholesterol levels in children and adolescent. Bethesda, MD, National Heart, Lung and Blood Institute. National Institute of Health, 1991.
- Berenson G, Srinivasan S, Bao W, Newman W, Tracy R, Wattigney W. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *N Engl J Med* 1998; 338: 1650-6.
- Mohsen A, El-Hazmi F, Warsy A. Evaluation of serum colesterol and triglyceride levels in 1-6 year old Saudi children. *J Trop Ped* 2001; 47: 181-5.
- Díaz Martín J, Rey Galán C, Antón Gamero M, Pumarada Prieto M, Braga S, Málaga Guerrero S. Valores de colesterol total y de tensión arterial en niños y adolescentes de 6 a 18 años. Estudio RICARDIN Asturias. *Rev Esp Pediatr* 1999; 55(4): 328-34.

- Vargas Torcal F, Pastor J. Lípidos en la nutrición del niño. En «Introducción a la Nutrición Infantil». Edita: Conselleria de Sanitat. Direccio General de Salut Pública IVESP 1999. Valencia, España.
- Valdivia F, Villasante S. Niveles de colesterol, triglicéridos y glicemia en niños obesos. Rev Méd IPSS 1992; 1-3: 8-11.

Capítulo 16

INSOMNIO VS TRASTORNOS DEL CICLO CIRCADIANO EN NIÑOS

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FONTÁN

ARANZAZU PIDAL CANDÁS

1 Introducción

Es fundamental proteger el sueño en la edad infantil, así como tratar de forma precoz las alteraciones que pudieran aparecer. Los niños que duermen mal tienen un menor descanso de aproximadamente una hora, lo que puede repercutir en su conducta, capacidades cognitivas y metabolismo. A su vez, una mala calidad del sueño en un niño repercute directamente en la calidad de vida de sus padres. Estos padres tienen una mayor tendencia a la depresión, mayor absentismo laboral y mayor riesgo de accidentes.

2 Objetivos

El objetivo del presente artículo es analizar las causas más frecuentes de trastorno del sueño en la infancia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se

han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizando los descriptores insomnio, infancia, conductual, higiene y sueño.

4 Resultados

Debemos tener en cuenta que en los niños el insomnio y los trastornos circadianos están íntimamente ligados. Entendemos como insomnio infantil aquellas alteraciones repetidas en el inicio, duración y continuidad del sueño. El trastorno del ciclo circadiano en niños se define como la inconcordancia entre el sueño real y el exigible con relación a las pretensiones sociales y de sus padres.

Los diferentes trastornos provocarán dificultades en la instauración del sueño, despertar nocturno o precoz. En niños menores de 5 años, la principal causa de los trastornos del sueño tiene origen ambiental. Estos trastornos se deben principalmente a cuatro circunstancias que suelen asociarse entre sí:

- Los niños menores de 3 años, no saben iniciar el sueño ellos solos. No se les acuesta en su cama cuando aún está despierto. Hasta la media noche se produce un sueño estable, pero a partir de ahí se producen múltiples despertares, que son totalmente normales. El problema aparece por la incapacidad del niño para dormirse solo, requiriendo para ello la presencia de sus progenitores. Necesitan que se vuelvan a dar todos los condicionantes que produjeron el inicio del sueño.
- A menudo los despertares nocturnos se ven agravados por la ingesta excesiva de líquidos durante la noche. Se produce una distensión en la vejiga que produce el despertar, además se suele asociar a malas ingestas diurnas.
- A partir de los 18 meses, los niños se suelen oponer a la hora de ir a la cama, desbordan a sus padres con múltiples exigencias para retrasar el momento de acostarse. Esta rutina la repiten en los despertares nocturnos.

Los niños entre 5 y 10 años no suelen despertarse durante la noche, pero si tienden a retrasar el momento de acostarse. Ello es debido a varias causas:

- El niño por definición es noctámbulo, tiende a acostarse tarde y en la mañana alarga el tiempo de despertarse. Durante la semana debido al horario escolar cumple el despertar en la mañana, pero los fines de semana lo alarga.
- En ocasiones los padres consideran que el niño duerme poco, no siendo cierto. Por ello tienden a acostarle más temprano, surgiendo así el problema en la conciliación del sueño. Estos niños se despiertan sin problemas aún en periodos no escolares.

- En caso de niños que sufren pesadillas, tenderán a retrasar la hora de acostarse. Si el niño no quiere dormir solo, se despertará durante la noche.
- En la conciliación del sueño puede haber alteraciones cuando previamente el niño a estado expuesto a una sobreestimulación sensorial.
- Los despertares nocturnos a esta edad son menos frecuentes. Pueden darse en niños que requieren de sus padres para tranquilizarse o en aquellos en que sus necesidades de sueño están sobredimensionadas por sus padres.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos del sueño en niños tienen origen en su desarrollo neurofisiológico y psicoafectivo. Entre 25-50% de los menores de 5 años y el 16-27% de los niños en edad escolar, tienen o han tenido problemas relacionados con el sueño durante al menos 3 meses. Entre el 70-80% su origen es de tipo conductual.

Es importante escuchar a los padres y responder a sus preguntas, al igual que a las del niño si las hiciera. Ello nos ayudará a la hora de marcar unas reglas sencillas que permitirán, en la mayoría de los casos, poner fin al problema. Aquellos trastornos que no respondan a una terapia conductual nos encaminarán a buscar una causa médica como desencadenante.

6 Bibliografía

1. Challamel M.-J., Franco P. Insomnies et troubles de l'installation du rythme jour/nuit du jeune enfant. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 8-0830, 2011.
2. Desombre H, El Idrissi S, Fournier P, Revol O, de Villard R. Prise en charge cognitivo-comportementale des troubles du sommeil du jeune enfant. Arch Pediatr 2001; 8:639-44.
3. Touchette E, Petit D, Tremblay RE, Montplaisir JY. Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias. Sleep Med Rev 2009;13: 355-61.
4. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Leltzer LJ, Sadeh A. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep 2006;29:1263-75.

Capítulo 17

LA DIMENSIÓN SOCIAL DEL ALZHEIMER

MARIA ISABEL GAYO RODRIGUEZ

CARMEN BELEN GEJO BENEITEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la principal causa de demencia entre los adultos mayores. Es una enfermedad de compleja patogenia, a veces hereditaria, que se caracteriza desde el punto de vista anatómico, por pérdida de neuronas y sinapsis y la presencia de placas seniles y de degeneración neurofibrilar. Clínicamente se expresa como una demencia de comienzo insidioso y lentamente progresiva, que habitualmente se inicia con fallas de la memoria reciente y termina con un paciente postrado en cama, totalmente dependiente.

La incidencia de la EA aumenta con la edad; excepcional antes de los 50 años, se puede presentar en 1 o 2% de los sujetos de 60 años, en 3 a 5% de los sujetos de 70, en el 15-20% de los sujetos de 80 años y en un tercio o la mitad de los mayores de 85. Es más frecuente en la mujer que en el hombre. Esto se debe a que entre los adultos mayores sobreviven más mujeres que hombres, también podría influir la carencia de estrógenos en la mujer postmenopáusica.

Los epidemiólogos han observado que en los pacientes con EA son frecuentes antecedentes como TEC, patología tiroidea, enfermedades cardiovasculares (en muchos casos existen signos radiológicos de isquemia de sustancia blanca, antecedentes de hipertensión arterial mal controlada, etc. Parece ser que en estos casos se suma una isquemia a la patología degenerativa), baja escolaridad (los

sujetos con mayor escolaridad se demencian menos). Esto podría deberse a que el mayor uso de las neuronas favorece los procesos de neurogénesis y sinaptogénesis, y/o a que contaban con una mayor dotación de neuronas desde la partida, lo que les facilita compensar su pérdida. Además, la mayor escolaridad puede facilitar la respuesta a las pruebas psicológicas, presencia de la apolipoproteína E4, también es frecuente la presencia de síndrome de Down en la familia (en el síndrome de Down se produciría un exceso de beta-amiloide y es muy frecuente que en estos pacientes aparezca antes de los 50 años la neuropatología de una EA. Curiosamente, esto no suele acompañarse de un cambio cognitivo apreciable). Cuando es hereditaria, es autosómica dominante. Hasta la fecha se ha descrito EA familiar con mutaciones en los cromosomas 22, 14 y 1.

El Alzheimer es una demencia progresiva que tiene el déficit de memoria como uno de sus síntomas más tempranos y pronunciados. Por lo general, el paciente empeora progresivamente, mostrando problemas perceptivos, del lenguaje y emocionales a medida que la enfermedad va avanzando. La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema social muy grave para millones de familias y para los sistemas nacionales de salud de todo el mundo. es una causa importante de muerte en los países desarrollados, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, lo que hace que esta demencia tenga un impacto tan fuerte en el sistema sanitario y en el conjunto de la sociedad es, sin duda alguna, su carácter irreversible, la falta de un tratamiento curativo y la carga que representa para las familias de los afectados. La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años, aunque ello puede variar mucho de un paciente a otro.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es analizar el impacto sanitario, social y económico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, tanto a nivel nacional como internacional, lo que podrá servir de referencia para la elaboración de planes globales de actuación que reduzcan sus devastadoras consecuencias.

3 Metodología

Se utilizaron libros de texto específicos de medicina y se realizó la recopilación de artículos de Internet a través de buscadores. Para esta búsqueda utilizamos

las siguientes palabras clave: demencia, enfermedad de Alzheimer, pacientes con Alzheimer e impacto social demencias.

4 Resultados

La demencia es la enfermedad crónica que provoca mayor dependencia: Un 88,67% del total de personas con demencia se encuentran en situación de ‘gran dependencia’.

En España, el coste por paciente de Alzheimer se cifra entre 27.000 y 37.000 euros anuales. El 80% de las personas con enfermedad de Alzheimer es cuidado por sus familias, que asumen el 87% del coste del total. La demencia representa un claro exponente del concepto de enfermedad socio-sanitaria, en el que están incluidos no sólo el enfermo y el entorno cuidador/familia, sino también las instituciones sanitarias y sociales, públicas o privadas, implicadas en el proceso de atención a la persona con demencia

El progresivo envejecimiento de la población hace prever un incremento subsiguiente de las demencias en todo el mundo. En España, se calcula que, en 2050, uno de cada tres españoles tendrá más de 65 años. En 2004 las personas afectadas por demencia eran de 431000. Si las previsiones de crecimiento son correctas, se calcula que en 2030 la cifra alcanzaría casi los 600000 enfermos, y en 2050, cerca del millón. Sin embargo, estas cifras probablemente infravaloren la cuantía del problema, ya que un porcentaje no desdeñable de casos quedan sin diagnosticar o no figuran en las estadísticas oficiales (hay estudios que apuntan a que ya en 2004 había entre 400000 y 600000 enfermos) La demencia es una importante causa de muerte.

Según los datos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2015, la categoría demencia aparece como la cuarta enfermedad con más fallecimientos a lo largo del año (20.442: 13.800 mujeres, 6.642 varones), mientras que la enfermedad de Alzheimer es la séptima causa de muerte, con 15.578 muertes (11.004 mujeres, 4.574 varones). “Esto significa que, si se sumaran ambas, superarían a la primera causa de muerte, las ‘enfermedades isquémicas del corazón’ (33.769 defunciones). En torno al 60-70% de las muertes por demencia se dan en mujeres”. El impacto económico de la demencia es enorme, y de evaluación compleja, por la mezcla de costes sanitarios y no sanitarios, directos e indirectos.

Según datos de Alzheimer’s Disease International, el coste mundial total de la de-

mencia en 2015 se estimaba en 818.000 millones de dolores. En 2018, la demencia se convertirá en la enfermedad del billón de dólares, y ascenderá a 2 billones en 2030. “Como curiosidad, señalar que, si los costes de la demencia se compararan con una empresa, su valor en el mercado sería superior al de Apple (742.000 millones) o Google (368.000 millones de dólares)”, destaca el Dr. Alberto Villarejo.

En España, el coste por paciente de Alzheimer se cifra entre 27.000 y 37.000 euros anuales. El 80% de las personas con enfermedad de Alzheimer es cuidado por sus familias, que asumen de media el 87% del coste del total. Pero, además se calcula que el paciente con enfermedad de Alzheimer precisa de unas 70 horas de cuidados a la semana. Esto contribuye a que el impacto de la demencia en la familia y los cuidadores sea enorme, con una sobrecarga muy importante. El cuidado de las personas con demencia produce además un mayor nivel de estrés que el de otras enfermedades crónicas generadoras de discapacidad, estando presente en más de un 75% de los cuidadores. Por otra parte, un 54,4% de los cuidadores ven afectada su productividad laboral. Por estos y otros motivos, se suele producir una importante reducción de la calidad de vida del cuidador.

“La demencia representa un claro exponente del concepto de enfermedad socio-sanitaria, en el que están incluidos no sólo el enfermo y el entorno cuidador/familia, sino también las instituciones sanitarias y sociales, públicas o privadas, implicadas en el proceso de atención a la persona con demencia”, señala el Dr. Alberto Villarejo. De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), España debería disponer de un Plan Nacional de Alzheimer.

En 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional de Alzheimer (ADI) solicitaron a los gobiernos y a los responsables políticos que declarasen las demencias como una prioridad de salud pública y desarrollasen e implementasen Planes Nacionales de cuidados para las Demencias.

La implementación de un adecuado sistema de atención y cuidado debe considerar intervenciones que aspiren a ser intersectoriales, de diferentes grados de complejidad, para así responder a la heterogeneidad de las necesidades de las personas con demencia y quienes las apoyan, las cuales se modifican con el transcurso de la enfermedad.

La implementación de un sistema debe considerar dentro de su formulación aspectos tales como: el estigma asociado a las demencias; la negación de la enfermedad, y la insuficiencia de recursos financieros.

Los resultados de esta encuesta sugieren que la formación de los profesionales de salud en demencia debería constituir un elemento fundamental para mejorar la atención de quienes padecen la enfermedad y sus familias. Según datos aportados por la Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias.

Si tenemos en cuenta que la duración media de la enfermedad es de 5 a 10 años, cifra que probablemente aumente en los próximos años gracias a la aparición de nuevos fármacos y a la mejora de los cuidados de los pacientes, podemos hacernos una idea de la enorme carga social, económica y sanitaria que supondrá esta patología. La OMS ya ha avisado de las posibles consecuencias de este hecho e incita a los gobiernos a tomar medidas que reduzcan el impacto socio-sanitario de esta patología tan devastadora. Se calcula que el retraso en la aparición de la EA en un año, mediante actividades preventivas, reduciría en 12 millones el número de enfermos, en 2050, a nivel mundial.

5 Discusión-Conclusión

La demencia es una enfermedad muy prevalente en todo el mundo, especialmente en poblaciones envejecidas, dado que su prevalencia e incidencia aumentan exponencialmente con la edad. La principal causa de demencia es la enfermedad de Alzheimer, seguida de la producida por patología mixta, vascular y Alzheimer. Si las previsiones de futuro son correctas, se espera una auténtica epidemia mundial, lo que supone una enorme carga social, económica y sanitaria para cualquier gobierno y el conjunto de la sociedad

“La demencia tiene un impacto físico, psicológico, social y económico no solo en las personas que la padecen, sino también en sus cuidadores, sus familias y la sociedad en general”. Esta afirmación de la OMS refrenda la definición de la transversalidad del Alzheimer por parte de CEAFA, al extender la dimensión de la enfermedad más allá de lo meramente sociosanitario y transitar al espacio económico. La huella económica del Alzheimer es notable e introduce la reflexión sobre las condiciones de sostenibilidad de los sistemas de sanidad, la afectación de las familias a causa de la tarea de cuidados, la situación laboral de las personas que son diagnosticadas de Alzheimer en pleno desempeño de su vida laboral o la de las personas cuidadoras que deben adecuar su carrera profesional y laboral a su nuevo escenario de vida. En este debate surgen también cuestiones que tienen que ver con la brecha de género y con la realidad de las pensiones.

6 Bibliografía

1. Boller F, Duyckaerts Ch. Alzheimer disease: clinical and anatomical aspects. En: Feinberg TE, Farah MJ (eds). Behavioral neurology and neuropsychology. New York, McGraw-Hill, 1997.
2. Donoso A. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 3ª ed. Santiago, Ed. Universitaria, 2001.
3. Fornazzari L. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer. En: Fornazzari L (ed). Alzheimer. Santiago, Mediterráneo, 1997.
4. Kukull WA, Ganguli M. Epidemiology of dementia: concepts and overview. *Neurol Clin N Am* 2000; 18: 923-949.
5. Berciano Blanco J. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso. Demencias. Enfermedad de Alzheimer. En: Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 15ª edición. Madrid, España: Editorial Elsevier, 2006: vol II:1486-1489.
6. Kettl P. Helping families with end-of-life care in Alzheimer's disease. Comment in: *J Clin Psychiatry*. 2007 Mar; 68(3):428-9.
7. CEAFA.es
8. FEEN fundacion española de enfermedades neurologicas. La fundacion del cerebro Alzheimer's Disease International Organizaciion mundial de la salud OMS .
9. Antón Jiménez M. Situación de la asistencia a pacientes con enfermedad de Alzheimer grave. In: Goñi M, Martínez-Lage P, editors. Alzheimer 2010: Evolución humana y Evolución del Alzheimer. Madrid: Editorial Aula Médica; 2010. p. 83-7.

Capítulo 18

INSOMNIO Y TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA POBLACIÓN ANCIANA

SONIA GONZALEZ DIAZ

ANA BÉLEN GONZALEZ DIAZ

1 Introducción

El sueño es muy importante dentro de nuestra vida ya la que le dedicamos aproximadamente 1/3 de ella. Es un proceso activo con mecanismos neurofisiológicos y neuroquímicos en el cual tienen lugar una serie de procesos hormonales metabólicos, de temperatura y bioquímicos imprescindibles para el buen funcionamiento del organismo. Las alteraciones del sueño distorsionan la salud.

Con el envejecimiento el sueño experimenta modificaciones de su estructura, tanto cuantitativo como cualitativa. Los trastornos del sueño están presentes en un 10-30% de la población en general y hasta un 45% de la población anciana. Este trastorno del sueño puede provocar problemas de conducta sobretodo en demencias.

2 Objetivos

- Saber analizar las incidencias de insomnio en los ancianos.
- Identificar los factores relacionados con la calidad del sueño.

3 Metodología

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

4 Resultados

Primer estudio con 100 sujetos mayores de 65 años se obtienen como resultado la presencia en una sexta parte de insomnio y siendo malas dormidores, los tres cuartas partes de la muestra analizada, estando principalmente con mayor dependencia, peor estado nutricional, riesgo de depresión, con polifarmacia y dolor.

Segundo estudio con 57 pacientes concluyen la presencia de trastornos del sueño es mayor en el sexo masculino siendo los trastornos mayores en el grupo de edad entre 86 y 95 años, resultando llamativos que la séptima parte de los sujetos toma medicación y duerme mal. Sin embargo, otro análisis determina que una población de 168 ancianos, casi la mitad de la muestra presenta insomnio siendo factores predisponente el sexo femenino, diabetes, somnolencia diurna y los fármacos antihipertensivos. Es señalable que la mitad de esta población declara haber utilizado algún tipo de ayuda para dormir incluso en la que no padece insomnio.

5 Discusión-Conclusión

La confirmación del insomnio con un trastorno del sueño frecuente y con alta prevalencia entre la población anciana. La existencia de una práctica abusiva a la hora de usar algún tipo de ayuda para facilitar sueño entre la población anciana que conforma la muestra de este capítulo.

6 Bibliografía

- GILLÉN LLERA, F.; PÉREZ DEL MOLINO MARTÍN J.; PETIDIER TORREGROSA, R.: Síndromes y cuidados del paciente geriátrico, Editorial Elsevier Masson, 2007.

- GALLO, J.; GARCÍA, M.; MEDINA F. J.: Anciano enfermo. Enfermería geriátrica y gerontológica, Madrid: Enfo ediciones, 2008.
- GARRIDO MIRANDA, J.M.; CORDÓN LLERA, J.; CONTRERAS MARTOS, G.M.: Intervenciones enfermeras ante las alteraciones geriátricas, Formación Continua Logos, 3ª edición, 2009.
- RIBERA CASADO, J.M.: Avances en Geriatria, Gafos, 2005.
- Bases anatómicas y fisiológicas del sueño: <http://mural.uv.es/teboluz/index2.html>
- Protocolo diagnóstico y terapéutico del insomnio en el anciano: <http://www.mflapaz.com>

Capítulo 19

EL ESTREÑIMIENTO EN PERSONAS MAYORES

CARMEN BELEN GEJO BENEITEZ

MARIA ISABEL GAYO RODRIGUEZ

1 Introducción

Se define estreñimiento como la emisión de heces excesivamente secas y escasas (menos de 50 gr/día) o infrecuentes (menos de dos deposiciones a la semana), con sensación de vaciamiento incompleto o dolor asociado. Se considera un hábito intestinal normal al comprendido entre tres deposiciones no líquidas al día y una cada 72 horas, indolora y con sensación de evacuación completa. Parece ser que la frecuencia varía según la raza y el sexo, pero no con la edad al no hallarse diferencias llamativas en el tránsito del colon del anciano y del joven.

Su prevalencia es muy variable (5- 55%), dependiendo de la situación del anciano en cada momento (anciano sano, paciente geriátrico tratado de forma ambulatoria, paciente hospitalizado, anciano institucionalizado). El estreñimiento es un padecimiento frecuente en la población adulta mayor y grupos etarios, corresponde a unos de los grandes síndromes geriátricos dado a una marcada disminución de la calidad de vida, así como diferentes complicaciones y su tendencia a la cronicidad. No es una verdadera enfermedad y acompaña a múltiples patologías. Algunos estudios han demostrado que hasta un 30% de la población anciana la padece, afectando un 12% de ancianos de la comunidad hasta un 41% de los pacientes en unidades geriátricas de cuidado agudo.

Fisiológicamente no se encuentran alteraciones significativas de la motilidad intestinal al comparar el tránsito intestinal del adulto mayor con un adulto joven. Sin embargo, al estudiar mecanismos de defecación observamos diferencias importantes como disminución de la presión en reposo anal máxima del esfínter anal interno, disminución de la presión anal máxima del esfínter anal externo, disminución de la fuerza de contracción de ambos esfínteres, aumento del umbral de presión para provocar el reflejo de defecación, aumento del máximo volumen fecal tolerado y disminución del volumen evacuado en los primeros segundos.

El estreñimiento es un síntoma que afecta a una gran parte de la población anciana. Tiene una especial relevancia y es considerado por algunos autores, a pesar de no ser una enfermedad, como un síndrome geriátrico por su alta prevalencia que conlleva un elevado coste sanitario y por su asociación con muchas enfermedades en ocasiones graves. Todo ello, unido a las posibles complicaciones, influye de manera negativa en la vida del anciano mermando su calidad de vida.

La incontinencia fecal no forma parte del envejecimiento normal, sin embargo es uno de los síndromes geriátricos que más impacto tiene. En la vida del anciano conlleva en muchas ocasiones problemas físicos (úlceras, infecciones, etc.), problemas de relación y aislamiento social. Para el cuidador es una sobrecarga importante, un gasto añadido y una alteración de su vida social. Todo ello en muchas ocasiones deriva en un deterioro importante de las relaciones personales e incluso la institucionalización del anciano.

2 Objetivos

- Realizar una historia clínica y exploración física correctas que descartarán las causas orgánicas en la mayoría de los casos (signos de alarma).
- Saber el valor de las distintas pruebas diagnósticas.
- Conocer la fisiopatología del estreñimiento funcional y de la incontinencia fecal para poder explicarlas de forma adecuada (se necesita tiempo y paciencia) y estimular el tratamiento conductual, donde el paciente tiene un protagonismo principal.
- Emplear de forma adecuada los laxantes (dosificación, contraindicaciones y tiempo de mantenimiento) y otras medidas complementarias del tratamiento.
- Seguir unas pautas de seguimiento adecuadas (revisiones, hojas de seguimiento realizadas por pacientes, etc.).

-Definir unas normas de derivación al especialista en casos de estreñimiento crónico que no responda a las medidas iniciales o cuando se identifique una causa orgánica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las causas de estreñimiento en el anciano son múltiples, pudiendo coexistir varias a la vez. Entre las muchas existente mencionaremos:

- Mecánicas.

Neoplasias: la aparición de tumores y/o metástasis en la cavidad abdominal puede producir un estrechamiento en el intestino o incluso bloquearlo, llegando incluso a producir una obstrucción total del mismo en cuyo caso es imprescindible recurrir a la cirugía para poder revertir el cuadro.

Alteraciones postquirúrgicas: la cirugía abdominal puede producir adherencias (también llamadas bridas). Habitualmente no dan problemas clínicos pero a veces pueden aumentar de tamaño e incluso desplazar parte de algún órgano y producir obstrucción intestinal.

Hernias: aunque existen distintos tipos de hernias, la hernia incarcerada (el contenido herniado no se puede volver a introducir a la cavidad abdominal) son irreductibles y van acompañada siempre de cierto grado de obstrucción intestinal, sin existir compromiso vascular.

Divertículos: son bolsas que se forman en el intestino grueso como consecuencia de un aumento de la presión dentro de la luz del colon.

Dieta pobre en residuos: una dieta rica en residuos favorece el tránsito intestinal al aumentar el volumen de las heces y estimular la motilidad intestinal.

Patología anal (fisuras, prolapso, hemorroides): son además de causa, consecuencia del estreñimiento debido al aumento de la presión intraabdominal, a la congestión de las mucosas y a las alteraciones circulatorias.

Colitis isquémica: es una enfermedad inflamatoria del intestino. Está causada por la obstrucción del flujo sanguíneo. En esta patología se encuentra dañada la mucosa, se forman coágulos y depósitos de material graso que conduce a la obstrucción crónica del colon.

Colón irritable: este síndrome se caracteriza por alteración de la motilidad intestinal. Cursa con dolor abdominal y cuadros alternantes de diarrea y estreñimiento.

- Farmacológicas.

La ingestión de fármacos no está exenta de efectos secundarios y uno de ellos es el estreñimiento. A continuación se relatan grupos de fármacos que por distintos mecanismos (enlentecimiento de la motilidad del colon, eliminación de líquidos, etc.) lo favorecen.

Opiáceos.

Anti inflamatorios.

Diuréticos.

Benzodiacepinas.

Antidepresivos tricíclicos.

Betabloqueantes.

Laxantes.

- Metabólicas y endocrinas.

Estas tipo de patologías pueden afectar a la motilidad intestinal enlenteciéndola y por tanto retrasando la evacuación de las heces. Entre ellas destacamos:

Diabetes.

Hipotiroidismo.

Hipercalcemia.

Hipopotasemia.

- Neurológicas.

En este grupo de enfermedades las causas que pueden favorecer son variadas, destacando inmovilismo, rigidez de la musculatura abdominal, alteración de la alimentación y la inhibición del reflejo defecatorio. Las más frecuentes son las enfermedades del sistema nervioso central:

Parkinson.

Demencia.

Ictus.

Depresión.

- Funcionales.

Inercia colónica: disminución de los movimientos del colon.

Disminución de la percepción rectal: ausencia de ganas de defecar.

Anismo: ausencia de relajación del esfínter anal.

La mayor incidencia de estreñimiento se encuentra en aquellos ancianos con inmovilismo, malas condiciones higiénicas, debilidad, estados confusionales, depresión y fármacos varios.

La complicación más frecuente es la impactación fecal o fecaloma. Se entiende por fecaloma la acumulación de una masa de heces secas y endurecidas que se acumulan en el recto y que taponan el flujo normal de material fecal. Clínicamente se puede manifestar por:

Anorexia.

Náuseas y vómitos.

Dolor y distensión abdominal.

Pseudodiarrea.

Incontinencia fecal.

Febrícula o fiebre.

Retención urinaria.

Estreñimiento.

Existen además otras complicaciones que aunque menos frecuentes sí tienen mucha importancia:

- Encefalopatía hepática: es un síndrome neuropsiquiátrico donde se altera el estado mental del paciente con enfermedad hepática. Se manifiesta por cambios de carácter, alteración del sueño, sopor e incluso coma.
- Prolapso rectal: salida del recto a través del ano.
- Fisura anal o desgarró de la mucosa del ano.
- Ulceraciones.
- Hernia.
- Hemorragia.
- Angina.
- Arritmia.
- Síncope.

5 Discusión-Conclusión

Una vez identificada la causa que produce el estreñimiento, el abordaje se debe hacer desde distintos ámbitos:

- Higiénico-dietético.

Este tratamiento es tanto preventivo como curativo y se relaciona con la ingesta y con la actividad física. En la dieta se debe incrementar la cantidad de fibra (mejor si es insoluble) para conseguir un aumento del bolo fecal. Este incremento ha de ser progresivo, de lo contrario se puede originar un estímulo muy intenso de defecación con dolor tipo cólico y distensión abdominal. Entre los alimentos ricos en fibra destacaremos:

Fibra soluble: pectina (manzanas, cítricos, fresas) y gomas (harina de avena, judías secas).

Fibra insoluble: celulosa (harina de trigo integral, salvado, familia del repollo, vegetales de raíz), hemicelulosa (cereales, cereales integrales), lignina (verduras maduras, trigo).

Si el estado del anciano lo permite se debe estimular la actividad física en forma de paseos frecuentes o ejercicios que fortalezcan la musculatura abdominal y pélvica. El personal sanitario debe controlar rigurosamente los fármacos y en el caso de los pacientes encamados estimular al cuidador a realizar al anciano movimientos pasivos.

También es fundamental intentar recuperar el hábito de defecar. Para ello se procurará que el anciano esté 10-15 minutos sentado en el inodoro tras el desayuno con los pies ligeramente sobreelevados para favorecer el vaciado. Si no lo consigue se intentará tras la comida y tras la cena.

- Farmacológico.

Este tipo de tratamiento debe ser lo más corto posible en el tiempo. El laxante a utilizar dependerá de la etología del estreñimiento y será el médico quien pauté el más adecuado.

Para ayudar a identificar la consistencia de las heces y con ello ajustar las dosis de los fármacos, en 1997 gastroenterólogos de la Universidad de Bristol en el Reino Unido, diseñaron la Escala de heces de Bristol. Dicha escala sirve para evaluar la consistencia de las heces y las formas en que salen y así ver si son normales. Se considera deposición normal la que se encuentra entre el 3 y el 4. Los laxantes más habituales son:

- Emolientes: aceite mineral.

- Osmóticos: lactulosa, glicerina o enemas.

- Catárticos: bisacodilo.

- Procinéticos: cisaprida.

6 Bibliografía

- Revista Medica de Costa Rica y Centromerica. Thomson MA, Jenkins HR, Bisset WM. Polyethyleneglycol 3350 plus electrolytes for chronic constipation in children: a double blind, placebo controlled, crossover study. Arch Dis Child. 2007;92:996-1000.
- ANDRADE, M.T.; GÓMEZ M.; FERNÁNDEZ, P.: Educación para la Salud en el ámbito gerontológico, Madrid: Escuela de Ciencias de la salud, 2012.
- GALLO, J.; GARCÍA, M.; MEDINA F. J.: Anciano enfermo. Enfermería geriátrica y gerontológica, Madrid: Enfo ediciones, 2010.
- CASTANEDO PFEIFFER C.; GARCÍA HERNÁNDEZ, M.: Guía de intervención rápida en Enfermería Geriátrica. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica CRUZ, A. J.: «Evaluación geriátrica exhaustiva», en RIBERA, J. M.; CRUZ, A. J.: Geriatria en Atención Primaria, Madrid: Grupo Aula Médica, 2002.
- KANE, R.L.; OUSLANDER, J.G.; ABRASS, I.B.; RESNICK, B.: Essentials of Clinical Geriatrics, McGraw-Hill Medical; Edición: 6th Revised edition (1 de enero de 2009) SANJOAQUÍN, A. C.; FERNÁNDEZ, E; MESA M^a. P.; GARCÍA-ARILLA, E.: «Valoración Geriátrica Integral», en Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), Madrid, 2007.
- TORRES, M. P.: «Aspectos generales de la valoración en los ancianos», en Temas de enfermería gerontológica. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Logroño, 1999.-Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud.

Capítulo 20

LAS ETAPAS DE LA MUJER CON MENOPAUSIA

ANA BÉLEN GONZALEZ DIAZ

SONIA GONZALEZ DIAZ

1 Introducción

La menopausia es la etapa de la vida de la mujer que se caracteriza por el fin de la menstruación y por el comienzo de la etapa conocida como climaterio, la transición entre el periodo fértil y la vejez. Para determinarla la mujer ha de estar un periodo 12 meses consecutivos sin menstruación .

2 Objetivos

- Determinar sus principales síntomas.
- Diferenciar las etapas de la misma.
- Conocer los factores que influyen en la menopausia.

3 Metodología

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

4 Resultados

La menopausia es una etapa natural de la mujer. La pasan aproximadamente el 90% de las mujeres entre 48 y 54 años debido a que comienzan a perder paulatinamente la función ovárica y como consecuencia disminuye la producción de hormonas femeninas, estrógenos y progesterona. La edad media en España está en 51.4 años sus principales síntomas son:

- Cambios en la figura corporal. Estos cambios pueden elevar el riesgo de diabetes y de problemas cardiovasculares.
- Insomnio y sofocos.
- Ciclos irregulares: frecuente en la etapa previa a la menopausia y se mantiene hasta la última menstruación.
- Osteoporosis.
- Alteraciones del estado de ánimo: cansancio abatimiento, falta de concentración y de energía, irritabilidad, ansiedad o agresividad.
- Sequedad vaginal. Este periodo tiene 3 etapas:
Premenopausia.
Perimenopausia.
Postmenopausia.

El estilo de vida de la mujer repercute en la menopausia. Sin embargo, existen otros factores que pueden influir en una menopausia temprana, como son el sedentarismo y el tabaquismo.

5 Discusión-Conclusión

La menopausia es un proceso natural se presenta de forma lenta, disminuyendo las menstruaciones y ello conlleva diversos cambios. Para ello necesitamos especiales requerimientos nutricionales, se aconseja quemar calorías para evitar el aumento de peso, evitar el estrés y procurar dormir entre 7-8 horas.

6 Bibliografía

- Bhasin S, Bremner W: Clinical review 85: Emerging Issues in Androgen Replacement Therapy. J Clin Endocrinol Metab 82: 3-8, 1997.
- Wilson JD, Griffin JE: The use and misuse of androgens. Metabolism. 74: 75-83, 1980.

- Farid Saad, Axel Kamischke, Aksam Yassin, Michael Zitzmann, Markus Schubert, Friedrich Jockenhövel, Hermann M. Behre, Louis Gooren, Eberhard Nieschlag. More than eight years' hands-on experience with the novel long-acting parenteral testosterone undecanoate. *Asian J Androl*; 9: 291–297,2007.
- Findlay JC, Place V, Snyder PJ: Treatment of primary hypogonadism in men by the transdermal administration of testosterone. *J Clin Endocrinol Metab* 68:369-373, 1989.
- Brocks DR, Meidle AW, Boike SC, Mazer NA, Zariffa N, Audet PR, Jorkasky DK: Pharmacokinetics of testosterone in hypogonadal men after transdermal delivery: influence of dose.

Capítulo 21

IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN ANTE EL COVID-19

VIOLETA OTERO GÓMEZ

1 Introducción

Los coronavirus pertenecen a una familia de virus cuya transmisión se produce entre los humanos de manera limitada. A finales del 2019, las autoridades sanitarias chinas consiguieron detectar un coronavirus que fue denominado SARS-COV-2. Este tipo de coronavirus produce la enfermedad de COVID-19.

La Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan, provincia de Hubei, China, informó en un inicio de que se habían detectado 27 casos de neumonía, cuyo origen era desconocido. Tras este descubrimiento, la OMS (2020) declaró el brote epidémico en China, estableciendo una “emergencia de salud pública de importancia internacional”.

Actualmente, múltiples países de todo el mundo se encuentran afectados por la transmisión de este virus, llevando a cabo fuertes medidas de contención, tales como: aislar a poblaciones enteras, cierre de centros educativos, prohibición de entrada en diversos países (Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2020). La OMS (2020) realiza, asimismo, diversas recomendaciones a nivel individual y de empresa: desde el fomento del teletrabajo, hasta la paralización temporal o definitiva de la actividad laboral en determinados casos.

2 Objetivos

Identificar qué conocimiento se tiene actualmente del citado virus, así como las mejores maneras de prevenirlo y de actuar frente a él en caso de detectarse.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2015-2020 y combinando los siguientes descriptores: TCAE, coronavirus, COVID-19, prevención, actuación, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 16 documentos, de los que se eliminaron 8 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 8 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 6.

4 Resultados

SARS-COV-2.

A. Síntomas:

Los síntomas más característicos, son: fiebre, tos y sensación de falta de aire. Se transmite por contacto estrecho con pacientes infectados y a través de secreciones respiratorias. También se ha encontrado su transmisión mediante aerosoles en procedimientos terapéuticos. Se halla que, a distancias mayores de 1 o 2 metros, es poco probable su contagio.

B. Prevención:

Ante este virus, los mecanismos más óptimos de prevención, serían: lavarse las manos frecuentemente; toser o estornudar con el codo flexionado, cubriéndose la boca y nariz; evitar tocarse los ojos, nariz y boca, ya que así se facilita su transmisión a través de las manos; usar pañuelos desechables para eliminar secreciones y limpiarse las manos. Por otro lado, no se recomienda viajar a zonas de riesgo y evitar el contacto con otras personas si estas presentan síntomas.

C. Protección:

El uso de mascarillas ayuda a prevenir la transmisión del virus. Debe llevarlas únicamente quien está enfermo. Si se presentan síntomas, hay que quedarse en casa y llamar al 112. También se recomienda hacer esto si se ha estado en zona de riesgo o en contacto con alguien infectado.

D. Tratamiento:

Actualmente se están empleando antivirales de distintos tipos, aunque aún no se ha encontrado un tratamiento realmente eficaz.

Medidas de protección en el medio sanitario.

En el entorno laboral, las medidas preventivas se enmarcan en el Real Decreto 664/1997, 12 de Mayo, sobre la protección de trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Las medidas recomendadas actualmente, son las siguientes:

A. El personal sanitario de cualquier servicio debe establecer de forma rápida si un paciente con infección respiratoria aguda cumple criterios de SARS-COV-2.

B. En los centros sanitarios, los afectados deberán separarse de otros pacientes, se les pondrá mascarilla, y serán conducidos a una zona de aislamiento. El personal sanitario también llevará mascarilla. Si el cuadro clínico no lo precisa, estas personas pueden permanecer en aislamiento domiciliario.

C. En el momento actual, los casos confirmados ingresan en un hospital en aislamiento por contacto y por gotas. El transporte se realiza en ambulancia, con cabinas separadas del área de transporte del paciente. El personal deberá estar adecuadamente informado y utilizar el equipo de protección individual adecuado. Finalizado el transporte, se procederá a la desinfección del vehículo y gestión de los residuos producidos. Estos son de clase 3 (residuo biosanitario especial).

D. El personal sanitario que atiende a aquellos pacientes afectados por el virus, debe de llevar un equipo de protección individual, que incluye: bata resistente a líquidos de manga larga, mascarilla de alta eficacia (FFP2 o FFP3), guantes, protección ocular ajustada o protección facial completa. Asimismo, deben cumplir con una estricta higiene de manos.

E. Las medidas de aislamiento se mantendrán hasta el cese de los síntomas y la obtención de dos resultados negativos de laboratorio, en dos muestras respiratorias separadas por al menos 24 horas. A la hora de dar el alta, hay que tener en cuenta que un paciente puede excretar el virus en orina y heces.

Implicación del TCAE en la prevención del SARS-COV-2.

En el medio hospitalario, el TCAE será una figura que esté en contacto directo y permanente con el paciente, por lo que sus funciones preventivas serán fundamentales. En este sentido, el TCAE deberá:

A. Estar correctamente informado de las medidas preventivas y de su correcta aplicación práctica.

B. Usar de manera adecuada los mecanismos de protección individual (bata, mascarillas, gafas, etc.).

- C. Aplicación rigurosa del protocolo de higiene de manos.
- D. Tener en cuenta el tipo de aislamiento en que se encuentra el paciente.
- E. Función informativa para con la familia o entorno del paciente.
- F. Ser conocedor de los síntomas del virus SARS-COV-2, tanto para identificar de forma temprana posibles casos en los pacientes, tanto para con uno mismo.
- G. Aplicación rápida y efectiva del protocolo de actuación establecido por las autoridades sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que es necesaria más información sobre la forma adecuada de la higiene de manos a la población general, ya que el procedimiento a seguir es esencial para prevenir la transmisión del virus. Asimismo, se percibe una carencia de educación al ciudadano en relación a los métodos de protección adicionales, ya que la población sana no precisa usar mascarillas, haciéndose un mal uso de ellas. Esto será fundamental para evitar muertes a medio y largo plazo.

Por otro lado, una aplicación rigurosa de los protocolos que marcan las autoridades sanitarias, y una constante actualización de los mismos en función del progreso del virus, del conocimiento que se tiene sobre él y de las etapas de contención, será fundamental.

6 Bibliografía

1. Chen, Y., Liu, Q., & Guo, D. (2020). Emerging coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of medical virology*.
2. Lee, P. I., & Hsueh, P. R. (2020). Emerging threats from zoonotic coronaviruses—from SARS and MERS to 2019-nCoV. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*.
3. Lam, T. T. Y., Shum, M. H. H., Zhu, H. C., Tong, Y. G., Ni, X. B., Liao, Y. S., ... & Leung, G. M. (2020). Identification of 2019-nCoV related coronaviruses in Malayan pangolins in southern China. *bioRxiv*.
4. Chang, L., Yan, Y., & Wang, L. (2020). Coronavirus Disease 2019: Coronaviruses and Blood Safety. *Transfusion Medicine Reviews*.
5. Letko, M. C., & Munster, V. (2020). Functional assessment of cell entry and receptor usage for lineage B β -coronaviruses, including 2019-nCoV. *bioRxiv*.
6. Ministerio de Trabajo y Economía Social. (2020). Guía para la actuación en el ámbito laboral en relación al nuevo coronavirus.

7 Carbone, M., Green, J. B., Bucci, E. M., & Lednicky, J. J. (2020). Coronaviruses: Facts, Myths and Hypotheses. *Journal of Thoracic Oncology*.

Capítulo 22

LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES

MARTA PALACIO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La anorexia nerviosa es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar de peso y la percepción distorsionada de peso. Para las personas con anorexia, es muy importante controlar su peso y su figura corporal y hacen todo tipo de sacrificios que suelen interferir en su vida de forma significativa. Para evitar aumentar de peso o seguir adelgazando, estos enfermos suelen restringir la cantidad de comida que consumen. Para controlar el consumo de calorías pueden usar de modo indebido laxantes, suplementos dietéticos, enemas, diuréticos, también pueden vomitar después de comer, pueden hacer ejercicio en exceso. No importa cuanto baje de peso, la persona continúa sintiendo temor a aumentar de peso.

La anorexia en realidad es una manera extremadamente poco saludable, incluso mortal, de intentar afrontar los problemas emocionales y no trata tanto de la comida. Las personas con anorexia equiparan la autoestima a la delgadez.

2 Objetivos

Identificar y analizar los principales factores que fomentan la anorexia nerviosa en adolescentes, los cuales pueden ser individuales, grupales, sociales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, y un estudio descriptivo del total de consultas atendidas. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. La recogida de datos se realizó de las historias clínicas, teniendo en cuenta las siguientes variables: número de casos, edad, peso, sexo, tipo de consulta, tratamiento y con morbilidad.

4 Resultados

En el 2018, los trastornos de conducta alimentaria (TCA) experimentan un cambio de tendencia: se registra en ambos sexos y en edades más tempranas (incrementa un 15% los afectados menores de 12 años). Entre las causas destaca el miedo a engordar y mantener un peso inferior al estándar, imagen distorsionada del cuerpo y la presión que ejercen los amigos, la familia, la publicidad y las redes sociales. Este desorden alimentario presenta múltiples secuelas: nutricionales, dermatológicas, cardiológicas, endocrinas, digestivas, psiquiátricas, psicológicas y musculoesqueléticas. Las repercusiones obedecerán al avance de los síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones a las que llegamos con nuestro estudio son:

- El 5,5% de los pacientes que acuden a la unidad vienen por TCA.
- El 79% de los casos son mujeres.
- La mayor incidencia se da entre los 12 y los 16 años (70%).
- La edad más común son los 16 años (22%).
- El 46% presenta comorbilidad siendo la más frecuente el trastorno de adaptación y reacciones de estrés graves.
- El 24% de los casos precisan un tratamiento farmacológico.
- Para afrontarla el paciente tiene que reconocer la anorexia.
- Es una enfermedad reversible en el 70% de los casos.

6 Bibliografía

1. Dialnet.
2. Cuidateplus.com
3. Medlineplus.com
4. Cun.es.

Capítulo 23

CHALAZIÓN Y TRATAMIENTO

MARIA JOSE MENENDEZ SEOANE

1 Introducción

El chalazión es una protuberancia pequeña en el párpado que está causada por un bloqueo de una pequeña glándula sebácea (Meibomio) localizada directamente por detrás de las pestañas, provoca enrojecimiento e hinchazón de los párpados. Su contenido puede incluir pus, y secreciones sebáceas obstruidas que normalmente ayudarían a lubricar el ojo, pero que ya no pueden drenar debido a esta obstrucción.

Muchos chalaziones terminan drenando y resolviéndose por sí mismos (aplicando compresas tibias periódicas y un masaje suave en el párpado), sin embargo otros persisten por varias semanas y crecen hasta un tamaño que puede ser estéticamente desagradable. Se trata de un proceso no infeccioso. Normalmente le antecede un orzuelo.

Cuando el chalazión está en fase aguda, se recomienda la aplicación continuada y diaria de calor local (paños calientes, por ejemplo) en la zona afectada, que ayudarán a desobstruir el conducto de la glándula. Para reducir la inflamación es también aconsejable la toma de antibióticos o corticoides una o dos veces al día.

Cuando esté en fase crónica, que no reacciona a las medidas expuestas anteriormente, se procede a la inyección local de corticoide, procedimiento que puede realizarse sin complicaciones en consulta, ya que no requiere de anestesia. La sustancia inyectada es muy efectiva, actúa directamente en el nódulo y suele eliminarlo.

En el caso de que el chalazión no responda a ninguno de los tratamientos anteriores, se procederá a la cirugía, mediante anestesia local se abre la glándula afectada y se reseca el tejido cicatricial que la rodea. Esta intervención no presenta riesgos y es de escasa duración. Para evitar recurrencias de chalazión, es fundamental la higiene diaria de los párpados, la prevención.

Si llevamos a cabo una adecuada higiene, y seguimos una dieta rica en ácidos grasos Omega-3, puede ayudarnos a prevenir su aparición.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es mostrar los pasos para prevenir la aparición de orzuelos y chalaziones, principalmente llevando a cabo unas correctas pautas de higiene de los párpados.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. Izaguirre LB, Gonzalvo FJ, Honrubia FM. Patología de los párpados. En: Honrubia FM. Oftalmología General. Zaragoza: Honrubia; 1994. p. 75-97.
2. Alió JL, de la Hoz F. Enfermedades de los párpados. FMC. 2002;9: 4-10.
3. Guía clínica de Patología palpebral y lagrimal [Internet]. [citado el 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/patologia-palpebral-lagrimal/>
4. <https://www.allaboutvision.com/es/condiciones/chalacion.htm>: Qué son los chalaciones y el mejor tratamiento.
5. <https://www.vistaoftalmologos.es/el-chalazion/>
6. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001006.htm>

Capítulo 24

DROGODEPENDENCIA EN ADOLESCENTES

MARTA PALACIO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las adicciones son un problema social que puede afectar a cualquier persona, da igual su clase social, su nivel económico o su nivel académico. Algunas de las cosas que suelen relacionarse con el consumo son la insistente búsqueda de placer, aunque este sea superficial o pasajero.

Al inicio del consumo se consigue una especie de bienestar centrado en la liberación del miedo y la ansiedad. Pero con el uso repetido y el aumento de sustancias, la persona pueda quedar atrapada en un círculo de más miedo, más ansiedad y más consumo, ahí nace la drogodependencia.

La drogodependencia en adolescentes muestra que un 75'5% entre 12 y 18 años consumen alcohol.

2 Objetivos

- Identificar la problemática de la droga.
- Analizar las actuaciones o medidas para detectar precozmente y prevenir el consumo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han recopilado 7 documentos transcurridos en los últimos 7 años en la delegación del gobierno para plan nacional de drogas.

4 Resultados

Se observa el alcohol como la sustancia mas consumida por los adolescentes, seguido del tabaco y en cannabis. El estudio sobre la evolución del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes entre 13 y 19 años, destaca que aproximadamente 3 de cada 5 adolescentes han tomado alcohol en los últimos 3 días. Aun así, se percibe un descenso en la toma de alcohol desde 2016 asociada a la percepción del riesgo que supone la ingesta del mismo. En el rango de edad comprendido antes de los 12 años. Se observa que 3 de cada 10 adolescentes que probaron el alcohol o el tabaco alguna vez en su vida lo hicieron antes de los 12 años.

5 Discusión-Conclusión

Para salir de la drogodependencia es necesario estar motivado y que la población esté informada, la prevención es una herramienta clave. La educación para la salud en estos programas participativos resulta muy beneficioso. No hay que olvidar que estos enfermos también necesitan apoyo familiar.

6 Bibliografía

1. Navas, A.G, Blanco M.D.S. & Gramados, R.M. (2018). Examen detallado de los principales síndromes de drogodependencia.
2. www.medline.es
3. www.cuiden.es
proyecto hombre
4. www.dialned.es

Capítulo 25

SALUD Y PREVENCIÓN SOCIAL

ALBA RODRIGUEZ COYA

SANDRA ÁLVAREZ BARBON

1 Introducción

La prevención de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (carta de Ottawa, 1986).

Se entiende como prevención a las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de enfermedades, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y

colectiva. Es un instrumento de la promoción de la salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

2 Objetivos

- Reducir los factores de riesgo y enfermedad.
- Disminuir las complicaciones de enfermedad.
- Proteger a personas y grupos en riesgo de agentes agresivos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos y Google académico.

4 Resultados

La prevención de enfermedades, clínica o sanitaria, es el conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo o progreso de enfermedades, también todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define tres niveles de prevención como objetivo de la Medicina del Trabajo: Prevención primaria, secundaria y terciaria, que suponen técnicas y objetivos diferentes, al unir el criterio del conjunto salud-enfermedad, según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad. La prevención es la acción y efecto de prevenir o anticiparse a una dificultad, prever un daño o avisar a alguien de algo. La prevención, por lo tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete, puesto en otras palabras, si una persona toma prevenciones para evitar enfermedades,

minimizará las probabilidades de tener problemas de salud. Por lo tanto es mejor invertir en prevención que en un tratamiento paliativo. Es posible asociar la noción de prevención al cuidado o la precaución, más allá de lo que respecta a uno mismo.

Las campañas de prevención sirven para transmitir al pueblo la preocupación que un grupo de personas con ciertos conocimientos específicos sienten acerca de una problemática tal como una epidemia. La base de una campaña de prevención es conseguir que toda la población comprenda el mensaje y cambie los hábitos necesarios para mejorar su calidad de vida y la de aquellos que lo rodean.

6 Bibliografía

- <https://www.definicion.de.prevencion>
- <https://www.salud.gov.sv>
- <https://www.redaccionmedica.ec>

Capítulo 26

LA MUJER Y LOS ZAPATOS DE TACÓN ALTO Y HORMA ESTRECHA

MARIA JOSE LODOS GANDARA

AIQUE ALONSO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Culturalmente siempre se asocia la elegancia con los tacones altos en el caso de las mujeres. Así muchas mujeres usan los tacones para trabajar, caminar, salir de fiesta, etc. pero son más los perjuicios que causan que los beneficios.

Además de las molestias en la parte baja de la pierna, el tobillo y el pie, caminar con zapatos de tacón alto reduce significativamente el movimiento articular del tobillo, la longitud del paso, el rango total de movimiento y control del balance. El uso de los zapatos de tacón empuja el cuerpo hacia adelante provocando la desviación de las vertebrae lumbares, modificando la estática y dinámica de la columna vertebral.

Muchos estudios han mostrado que a largo plazo el uso de tacones altos altera la neuromecánica del movimiento al caminar y aumenta la presión sobre los músculos y los tendones de las piernas, lo que pueden conducir a trastornos musculoesqueléticos en el futuro.

A largo plazo puede conducir a pies deformes, dolor de espalda, problemas en las articulaciones de la cadera y de la rodilla y problemas de espalda. Además el uso de zapatos de tacón también aumenta el riesgo de resbalones y caídas, lo que puede provocar esguinces y otras lesiones

2 Objetivos

- Describir las características de las patologías que producen los zapatos de tacón y los zapatos de hormas estrechas.
- Describir las patologías asociadas a los zapatos de tacón de más de 3 cm.
- Concienciar a la población de los problemas que surgen del uso de los tacones altos.
- Analizar las alteraciones más frecuentes en el diseño actual del calzado de tacón.

3 Metodología

Se han realizado búsquedas bibliográficas en distintas bases de datos: Dialnet, Scielo, PubMed y Cuiden, y en buscadores como: Google Académico. Se han utilizado descriptores: juanetes, zapatos de tacón, horma estrecha, metatarsalgia, arañas vasculares, dolor muscular y lesiones en rodillas.

4 Resultados

Podemos destacar las siguientes afecciones entre otras:

- Dedos en martillo: afección en la que un dedo del pie se dobla hacia abajo como si fuera una garra.
- Juanetes: dolorosas protuberancias que aparecen en la base de la articulación del dedo gordo del pie.
- Metatarsalgia: es el dolor e inflamación de la parte delantera del pie.
- Lesiones en los tendones: también se inflaman y generan mucho dolor.
- Caídas o incluso roturas: ya que el equilibrio está alterado.
- Lesiones en rodillas: se presenta más riesgo de padecer artrosis (desgaste de la articulación) y artritis (inflamación articular) de manera prematura, debido a la excesiva presión que debe soportar esta articulación.
- Dolor de espalda: se produce una mala alineación de las caderas y también de la columna, causando dolores de espalda.
- Dolor muscular: al estar el talón elevado los músculos de la pierna se contraen (endurecen) y producen mucho malestar.
- Arañas vasculares disminuyendo la circulación de retorno y de esta forma aumentando la probabilidad de padecer de varices.

Recientes estudios de las universidades de Iowa y Alabama (publicado este último en The Journal of Foot and Ankle Surgery) muestran también un incremento de

los problemas asociados a los zapatos de tacón. A grandes rasgos, en la segunda de las investigaciones, llevada a cabo entre los años 2002 y 2012, se demostró la duplicación del número de lesiones de este tipo entre las mujeres. La mayoría de ellas tuvo como protagonistas a mujeres que tenían entre veinte y treinta años. Por otro lado, 2011 fue el año en el que se contabilizaron más lesiones (19.000).

Esto mismo es avalado por el Colegio Oficial de Podólogos de Madrid, El servicio de Reumatología del Hospital Val d'hebron de Barcelona y el Departamento de Medicina Vascular.

5 Discusión-Conclusión

Algunas medidas que podríamos tomar:

- Elegir un zapato de tacón ancho de entre 2 y 3 cm de altura, con una horma adecuada a nuestro pie, con suela firme es lo ideal para no dañar la espalda, previniendo las posibles consecuencias de su uso continuado.
- Concienciar a las mujeres de que el uso de calzado inapropiado puede acarrear muchas problemas para la salud y algunas patologías y que su uso puede ser más perjudicial que beneficioso.
- Inculcar esto mismo en la población joven femenina para así, utilizando una política de prevención, logremos entre todos aminorar las enfermedades derivadas del uso excesivo de los tacones y zapatos de horma estrecha.

6 Bibliografía

- <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/96278/1/96278.pdf>
- <http://copoma.es>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 27

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA ORINA

AIDA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

En general un adulto excreta 1500ml al día de orina, un 95% es agua y en ella están disueltas distintas sustancias (solutos inorgánicos, solutos orgánicos, pigmentos, hormonas y en determinadas circunstancias pueden aparecer componentes anormales).

2 Objetivos

Conocer cómo técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) cuales son las características físicas de la orina, para así poder identificar en que casos la orina se encuentra en su forma normal y en que casos esta alterada, para comunicarlo al responsable de enfermería en caso de observar alguna alteración.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Características físicas de la orina:

- Turbidez: en condiciones normales la orina es transparente y clara, con el reposo se enturbia.
- Color: entre amarillo pálido y ámbar oscuro.
- Olor: es característico y no desagradable, con el reposo el olor pasa a resultar amoniacal.
- Densidad: entre 1010 y 1020.
- Reacción o pH: es ácida, sus límites normales están situados entre 4.8 y 7.5.

5 Discusión-Conclusión

Hemos conocido cuales son las características físicas de la orina para así poder detectar cuando hagamos una recogida de orina si está se encuentra alterada o si por lo contrario su estado es normal, esto es de vital importancia en el control de líquidos y diuresis ya que una alteración de la orina puede ser indicativo de una patología.

6 Bibliografía

1. Anatomía fisiológica renal de la orina- orion formación- disponible en https://orionformacion.com/formacion/sanidad/1233/TCAE_T_cnicos_en_Cuidados_Auxiliares_de_Enfermer_a/curso-36164
2. Características Físicas de la orina- Gabriela Martinez- 27 Junio 2013- disponible en <https://es.slideshare.net/mobile/GabrielaMartinez38/caracteristicas-fisicas-de-la-orina-seminario>

Capítulo 28

EL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO COMO UNA MEDIDA DE PREVENCIÓN DETERMINANTE

MARIA DEL ACEBO RODRÌGUEZ FERNÀNDEZ

PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

COVADONGA URÍA BERMÚDEZ

1 Introducción

Uno de lo principales problemas de salud pública reside en las infecciones relacionadas con el ámbito sanitario. La propagación de los microorganismos causantes de dichas patologías puede ser ocasionada por el contacto del personal sanitario con el paciente. Sus manos son un foco de propagación que ha de tenerse en gran consideración. Para mejorar la calidad asistencial se han de desarrollar una serie de medidas de promoción y prevención, entre las cuales se encuentra un protocolo exhaustivo de lavado de manos.

2 Objetivos

- Determinar la importancia de la consecución de un lavado de manos óptimo en el ámbito hospitalario.
- Determinar cuál es el procedimiento adecuado para llevar a cabo el lavado de manos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos artículos y documentos relacionados con el tema a tratar, donde la fuente de información principal ha sido la OMS (Organización Mundial de la Salud). Las palabras clave empleadas han sido: lavado de manos, higiene, prevención, promoción, enfermedad nosocomial y procedimiento.

4 Resultados

Se estima que un 5,6 de los pacientes ingresados contraen IN durante su estancia en centros hospitalarios. Para ello se desarrollan una serie de medidas preventivas encaminadas a la disminución de la prevalencia de las afecciones de índole nosocomial.

La higiene de manos es una medida necesaria y muy eficaz en el contacto profesional-paciente. Se lleva a cabo con el fin de eliminar la suciedad, la materia orgánica y la flora residente o transitoria. En cuanto al procedimiento se refiere se ha de llevar a cabo de la siguiente forma:

- Se han de mojar las manos.
- Se ha de aplicar una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos.
- Se han de frotar las palmas de las manos entre sí.
- Se ha de frotar la palma de la mano derecha con el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.
- Se han de frotar las palmas de las manos entre sí entrelazando los dedos, para llevar a cabo la limpieza de los espacios interdigitales.
- Se ha de frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta.
- El dedo pulgar se ha de lavar llevando a cabo un movimiento de rotación, atrapándolo con la palma de la mano opuesta.
- Se ha de frotar la punta de los dedos con la palma de la mano opuesta, haciendo un movimiento de rotación.
- Se han de enjuagar las manos con agua abundante y llevar a cabo el secado con una toalla desechable.
- Se ha de utilizar la toalla desechable para cerrar el grifo.

El procedimiento debe durar alrededor de 40-60 segundos y ha de ser llevado a cabo antes de tocar al paciente, antes de llevar a cabo una tarea limpia/aséptica,

después de tocar al paciente, después del contacto con el entorno del paciente y después del riesgo de exposición a fluidos corporales del paciente. Estas medidas se llevan a cabo tanto para proteger al paciente de los gérmenes que tienen los profesionales sanitarios en las manos, como para proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes del propio paciente. Tras el lavado con agua y jabón, para conseguir la desinfección se pueden frotar las manos con un desinfectante a base de alcohol.

Cabe destacar el hecho de que el lavado de manos no se trata de un procedimiento que ha de ser llevado a cabo en exclusiva por el personal sanitario, también por los propios pacientes, acompañantes y familiares. Además, el uso de guantes no excluye la necesidad de lavarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de llevar a cabo un adecuado procedimiento en el lavado de manos reside en la disminución de la prevalencia de la infección nosocomial que ocasiona miles de muertes diariamente en todo el mundo. Esto, junto al hecho de que las manos son el mayor medio de transmisión de gérmenes durante la asistencia sanitaria, ocasiona que la higiene de manos sea la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos transmisores de infecciones.

6 Bibliografía

1. OMS (Organización Mundial de la Salud).
2. Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario. RIDEC (nº1 Vol. 9). Simón Melchor A, Simón Melchor L, Naranjo Soriano G, Gil Salvador R, Solano Castán J, Jiménez Sesma ML.
3. Lavado higiénico de manos. Hospital Santo Reyes de Aranda del Duero. Sacyl. Junta de Castilla y León.

Capítulo 29

EN TECNICO DE CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DEL ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

M^a DEL CARMEN LACALLE ÁLVAREZ

1 Introducción

Una definición de coma vigil es deterioro en la ejecución de movimientos voluntarios. Se puede comunicar mediante códigos oculares. Entre las principales características se encuentra consciente, pero tiene incapacidad parcial o total para ejecutar comportamientos motores. El coma vigil o pseudocoma se puede confundir con el estado vegetativo. El paciente con coma vigil está despierto y consciente, pero es totalmente incapaz de producir respuestas motoras, o tiene un repertorio muy limitado de movimientos como son parpadeo, rotación de la cabeza.

La aportación de alimento se realiza a través de una sonda nasogástrica (sonda NG) a los pacientes con el aparato digestivo funcionalmente útil pero debido a la dificultad para la normal ingestión de alimentos por boca. Sonda de alimentación nasogástrica es una sonda especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago a través de la nariz. Puede utilizarse para todos los alimentos o para brindarle calorías extra a la persona.

Las funciones del Técnico de Cuidados del Auxiliar de enfermería (TCAE) en relación a los cuidados de los pacientes en estado vegetativo persistente:

- Mantener de forma continuada la sonda nasogástrica para evitar los factores de riesgo. o Identificar factores de riesgo en la prevención de la aspiración o vigilar por atragantamiento, tos o nauseas
- Movilizar los esputos hacia fuera de las vías respiratorias o Vigilancia de los ruidos respiratorios patológicos.
- Destacar la importancia de la vigilancia y el buen mantenimiento de la piel.
- Prevenir las úlceras por presión con cambios de posición cada 1-2 horas para evitar presión prolongada.
- Aplicar ungüentos si procede.
- Tomar nota de los cambios de la piel y membrana mucosas.
- Vigilar la piel desde posibles enrojecimientos, calor extremo, edemas, etc.
- Mantener una constante descripción las características de las úlceras a intervalos regulares, tamaño, estadio, posición, etc.
- Actualizar la dieta dependiendo de las necesidades diarias de la paciente.

2 Objetivos

Exposición de caso clínico real apoyando las decisiones diagnósticas y terapéuticas en protocolos de manejo actualizados.

3 Caso clínico

Mujer de 46 años de edad que ingresa en una residencia sociosanitaria en estado vegetativo permanente tipo coma vigil secundario a encefalopatía tóxico-metabólica-anóxica.

En el momento del ingreso trae pauta de alimentación mediante bomba de perfusión continua, a través de sonda nasogástrica, por la incapacidad de la realización de gastrostomía/yeyunostomía por cirugía gástrica con la complicación de la necesidad de mantener el cabecero elevado las 24 horas del día, para evitar reflujo de la nutrición.

Desde su ingreso en la residencia:

-Precisa de recolocación de nuevas sondas de manera frecuente, debido a la agitación psicomotriz, y como consecuencia del alto reflejo tusígeno, con la consiguiente expulsión de la sonda nasogástrica, pese a la revisión exhaustiva de la fijación de la sonda

- Debido a su incapacidad para la deglución, nutrición enteral mediante sonda nasogástrica
- En cuanto a la eliminación se encuentra alterada, siendo Bi-incontinente, con el uso de absorbentes. Mantiene un patrón de eliminación habitual con heces de consistencia blanda/líquida a consecuencia del tipo de alimentación.
- Debido a la inmovilidad e inmovilidad postural hace vida en cama, además no mantiene sedestación. Cabecero elevado las 24 horas
- En cuanto a la higiene del sueño mantiene periodos de vigilia-sueño a lo largo del día.
- Dada su condición es dependiente en el vestir/desvestir
- Uso de barandillas laterales en la cama para evitar caídas no deseadas.

4 Discusión-Conclusión

Los cuidados a prestar a la paciente son eficaces y basados en una evaluación continuada dado la situación en la que se encuentra. El ingreso de un paciente con este diagnóstico ocasiona trastornos a la familia tanto nivel psicológico como social, pero esto no debe suponer al centro residencial una dificultad a la hora de tomar decisiones, ya que en este tipo de patologías, aparte de la lenta recuperación del paciente también se mantienen las necesidades tanto de la paciente como de los familiares.

5 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency> (Internet).
2. <https://enfermería práctica.com> (Internet).
3. <https://portalfarma.com> (Internet)
4. <https://intramed.et/67203> (Internet)

Capítulo 30

CUIDADOS DEL TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE DOLOR AGUDO CON LIMITADA MOVILIDAD A CONSECUENCIA DE UNA CAÍDA

M^a DEL CARMEN LACALLE ÁLVAREZ

1 Introducción

Un traumatismo es la tercera causa de mortalidad en mayores de 45 años, con un gran número de discapacitados. Las caídas y accidentes domésticos son los más comunes en personas de la tercera edad. La actuación de enfermería ya detectado los diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración, se materializa en un plan de cuidados basada en un tratamiento postural, aseo del paciente, apoyo emocional y por supuesto, la educación sanitaria

2 Objetivos

- Reducir el dolor que padece el paciente con la prescripción analgésica pautada por su médico
- Evitar posibles complicaciones y el agravamiento del deterioro físico que le puede causar la inactividad funcional

-Destacar la importancia tanto de la terapia de actividad indicando las posiciones correctas que debe adoptar para que no aumenten las secuelas producidas a raíz de la caída, como del manejo ambiental en cuanto a seguridad modificando el hogar para minimizar los riesgos de futuras caídas, así como la posible utilización de dispositivos de ayuda (bastón, muletas, etc.) según su situación para mejorar la deambulación.

3 Caso clínico

Mujer de 79 años de edad que acude a su centro de salud al sufrir una caída en su domicilio, por la que le dificulta levantarse y va acompañada de dolor en el miembro inferior derecho tanto en reposo como asociado a esfuerzo:

- Su historia clínica nos revela que tiene antecedentes de Hipertensión arterial, osteoporosis. Sin alergias conocidas.
- En la exploración física se observa un estado general regular, hidratada y despierta.
- Se observa un riesgo de intolerancia a la actividad con deterioro del estado físico y de la ambulación a consecuencia del dolor que le causa todo movimiento.

4 Discusión-Conclusión

A la mujer no se le diagnosticó ninguna fractura como resultado de la caída. Refiere dolor agudo de intensidad media-alta debido a la contusión sufrida con el consiguiente deterioro en la ambulación y en el desarrollo de cualquier actividad física en general limitando sus movimientos sustancialmente.

Para el dolor el médico le pauta analgesia lo que alivia su condición y facilita la realización de su vida cotidiana, al mismo tiempo facilita la realización de un programa de ejercicios destinados a aumentar su actividad física, con el consiguiente recuperación de la capacidad funcional y motora.

5 Bibliografía

1. Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur; 2014. Comunicado de NEUMOSUR en relación a la Gripe-A; Sistema de vigilancia de la gripe en España (Internet).
2. Banda-Lara MI, Hidalgo-Loperena H, Rivera-Benítez C. severidad de la neumonía asociada a H1N1: evaluación de escalas de severidad en Centros para el

Control y la Prevención de Enfermedades (Internet). Atlanta, GA: CDC; 2014. Datos de la vacuna contra la influenza estacional.

3. Pérez Méndez, C; Oña Navarro, M; Ballesteros García, S; Llana Ruiz, J; Lagunilla Herrero, L; Pérez Castro, S; Fernández Zurita, C; Solís Sánchez; G. Meningitis por enterovirus An Pediatr.

Capítulo 31

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR UNA FACTURA DE PELVIS

M^a DEL CARMEN LACALLE ÁLVAREZ

1 Introducción

La fractura de pelvis varía desde un pequeño arrancamiento de un fragmento óseo, a las fracturas de baja energía (suceden en personas mayores con osteoporosis) hasta las fracturas de gran energía. Este tipo de fractura es una de las más frecuentes en las personas mayores, sobre todo en mujeres. La fractura, por lo general, se debe a caídas debidas a la falta de agilidad o equilibrio, además tener los reflejos reducidos, poca velocidad de reacción para frenar la caída y por supuesto la osteoporosis típica de la edad. La mayoría de estas causan mucho dolor. Las radiografías pueden mostrar gran parte de las fracturas de pelvis, aunque se suele realizar una tomografía computarizada.

La fractura de pelvis suele acabar en intervención quirúrgica como único tratamiento posible. Según el tipo de daño producido se opta por prótesis o fijar las piezas que se hayan desplazado mediante placas. La recuperación y la rehabilitación es fundamental tras la intervención considerando la movilización de la zona de forma precoz para conseguir mantener la mayor movilidad posible de la articulación.

2 Objetivos

- Vigilar el deterioro de la integridad tisular debido a la intervención quirúrgica.
- Controlar el dolor agudo de autocuidado por los agentes lesivos, recibir los cuidados analgésicos correspondientes, frotarse la zona afectada por el traumatismo
- Compensar el déficit de autocuidado en el baño por el deterioro musculoesquelético, incapacidad parcial o total por movilidad reducida tras la fractura
- Corregir y/o mitigar el insomnio por causas de ansiedad con la consiguiente incapacidad para dormir tras el ingreso
- Realizar terapia de ejercicios para el control muscular.
- Evaluar el progreso del paciente, ayudar y/o animar al paciente a que practique actividades de precalentamiento y relajación antes y después del protocolo de ejercicios

3 Caso clínico

Mujer de 86 años de edad que ingresa en planta de traumatología tras operación por fractura de pelvis tipo C, tras caída en su domicilio.

Diagnóstico.

- Alzheimer de 5 años de evolución, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular y osteoporosis.
- Vive con su hija la cual es su cuidadora principal tras la muerte de su marido hace 3 años.
- Usuaria de centro de día, de lunes a viernes.
- No posee hábitos tóxicos.
- Saturación de oxígeno al 98%.
- Dieta diabética.
- Inmovilización de la extremidad afectada durante 3 meses. Durante el encajamiento, evitaremos las posibles alteraciones circulatorias y cutáneas con cambios posturales, mantendremos la movilidad articular y el tono de la musculatura mediante movilizaciones suaves y ejercicios de contracción muscular isométricos. Durante la fase de levantamiento sin apoyo, pondremos progresivamente al paciente sentado y después de pie, sin iniciar la marcha, y trombopprofilaxis con heparina sódica según pauta médica.
- Precisa medicación a las 22 h. por insomnio, desde el ingreso se encuentra más nerviosa.
- Ayuda parcial o total, es capaz de vestirse con algunas prendas.

-Realizamos cura diaria de herida quirúrgica.

4 Discusión-Conclusión

En una primera valoración en el servicio de urgencias, se le diagnostica una fractura de pelvis tipo C lado izquierdo, como consecuencia se realiza una cirugía de la fractura y posterior traslado a planta de traumatología.

En la planta de traumatología se administran por una pauta médica:

-Antibióticos.

-Tromboprofilaxis.

-Ansiolíticos (por el nerviosismo que le produce el ingreso en planta y la pérdida de movilidad), además de su tratamiento diario.

Durante el ingreso de 2 semanas los cuidados prestados a la paciente fueron eficaces dado su evolución favorable con una mejoría del dolor y de la ansiedad, incluidos la realización de los cuidados de la herida quirúrgica, cerrada por primera intención.

Ante el inminente alta de la paciente se informa a la paciente y a su cuidadora principal de los cuidados domiciliarios que requiere la fractura de pelvis, teniendo que mantener la zona afectada en descarga durante 3 meses, y se aconseja que durante ese periodo acuda a rehabilitación y con posterior control y revisiones de traumatología.

5 Bibliografía

1. [https:// www.msdmanuals.com](https://www.msdmanuals.com)
2. <https://www.elsevier.es>
3. <https://www.muysaludable.sanitas.es/salud/>

Capítulo 32

ERGONOMÍA, ESENCIAL PARA EL TRABAJO DIARIO EN EL HOSPITAL

ARACELI COSMEN ÁLVAREZ

HILDA CUERVO MENENDEZ

MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ

MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO

1 Introducción

El Hospital es un centro de trabajo cuyo personal se puede considerar un grupo especialmente vulnerable frente a los riesgos que entraña el desempeño de su labor profesional, casi la totalidad de los profesionales que en el trabajan sufren a lo largo de su vida laboral enfermedades profesionales.

Una de las afecciones más comunes entre los profesionales sanitarios y no sanitarios es la producida por sobreesfuerzo muscular en la mayoría de los casos son lesiones de espalda. Según la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo entre el 60% y el 90% de la población sufrirán dolor de espalda a lo largo de su vida laboral, de este porcentaje entre el 15 % y un 42% lo padecerá de forma habitual.

Son lesiones derivadas de la falta de ergonomía, que dentro del Hospital desde los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), Celadores, Auxiliares de Administrativo, en definitiva cualquier categoría profesional que desempeña

su labor en el Hospital está expuesta a este riesgo. Tener en cuenta que el entorno de trabajo y el mismo trabajo están diseñados pensando en el paciente y su recuperación y no en el trabajador aunque esto va cambiando.

2 Objetivos

- Definir términos relacionada con la prevención de riesgos laborales.
- Especificar riesgos ergonómicos.
- Reconocer la legislación española más relacionada con la ergonomía.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se hizo una búsqueda por diferentes web que se nombran a continuación:

- Agencia Europea para la Seguridad Salud en el trabajo. osha.europa.eu
- Asociación Española de Ergonomía. www.ergonomos.es
- Asociación Internacional de Ergonomía.(International Ergonomics Association. www.iea.
- Base de datos Medlineplus en español. [//edilineplus.gov](http://edilineplus.gov)
- Boletín Oficiala del Estado. www.boe.es
(Legislación)
- Comité Nacional Seguridad y Salud. www.istas.net
- Googel Académico.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. www.insst.es.
- Organización mundial de la salud.(OMS). www.who.int/es.

Las palabras claves empleadas en la búsqueda fueron: ergonomía, prevención de riesgos laborales y salud laboral.

4 Resultados

En este apartado vamos a desarrollar la metodología empleada, recogemos las definiciones que bajo nuestro punto de vista nos parecen más interesantes:

-Ergonomía:

1. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974 la definió como la ciencia que trata de obtener el máximo rendimiento, reduciendo los riesgos de error humano a un mínimo, al mismo tiempo que trata de disminuir la fatiga y eliminarla tanto sea posible, los peligros para el trabajador, estas funciones se realizaran

con las ayudas de los métodos científicos y teniendo en cuenta al mismo tiempo, las posibilidades y limitaciones humanas debidas a la anatomía, fisiología y psicología.

2. La Internacional de Ergonomics Associaton (IEA), la define como un conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona.

3. La Asociación Española de Ergonomía (AEE), la define como un conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios optimizando la eficacia, eficiencia y bienestar.

-Higiene industrial: es la disciplina preventiva que estudia las condiciones del medio, identifica, evalúa y controla factores ambientales donde se desarrolla el trabajo (evitar enfermedades profesionales y aplicar medidas higiénicas dirigidas a las instalaciones ambientales y al propio trabajador).

-Salud laboral: la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud laboral como la actividad multidisciplinar dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores, mediante la prevención y el control de enfermedades.

-Seguridad en el trabajo: es la disciplina encargada de la prevención de riesgos laborales. Su objetivo es la aplicación de medidas que eviten, disminuyan o eliminen el riesgo de que se produzcan accidentes en el trabajo (evitar accidentes).

-Psicosociología aplicada al trabajo trata de prevenir, identificar, analizar y evaluar los riesgos de naturaleza psicosocial.

Al hilo de esta definición buscamos información de interés y legislativo en el ámbito de la prevención de riesgos laborales relativos a la ergonomía.

En España la Constitución Española de 1978, en adelante (CE) encomienda a los Poderes Públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo (Art.40.2 de CE.) y reconoce el derecho a la protección de la salud (Art.43 de CE).Estos artículos son desarrollados por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en adelante (LPRL). Esta ley traspone la Directiva Europea 89/319/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores. La LPRL es la norma básica en materia de prevención de riesgos laborales, que tiene por objetivo promover la seguridad y la salud de todos los trabajadores, estableciendo como principios generales:

-La prevención de los riesgos profesionales.

-La eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo.

-La información, la consulta, la participación y la formación de los trabajadores en materia de prevención.

El capítulo tercero de (LPRL) habla de los derechos y obligaciones, dentro de este el Art.14 del derecho a la protección frente a los riesgos laborales y en el Art.15 de los Principios de la acción preventiva. De este último artículo mencionamos los apartados:

- Adaptar el trabajo a la persona, en particular al concepto de puestos de trabajo, así como la elección de los equipos y los métodos de trabajo de producción, con miras en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.

El contenido de estos apartados se desarrolla en los siguientes reglamentos:

- Real decreto 486/1997 de 14 de abril, por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de la seguridad y la salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañen riesgos, en particular dorso lumbar, para los trabajadores.
- Real decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores del hospital pasan una tercera parte de su tiempo en el lugar de trabajo, según sean las distintas condiciones o tareas que desempeñan, tienen unas consecuencias directas sobre su salud, exposiciones prolongada y vinculada a la fatiga física, la carga mental, el estrés, problemas ergonómicos o relacionadas con los turnos de trabajo en especialmente el nocturno, esto influye en el día a día y tienen unas consecuencias directas a corto y largo plazo sobre su salud.

Resaltar que la ergonomía es algo fundamental dentro del ámbito de la prevención de riesgos laborales con el fin de mejorar las situaciones y condiciones de trabajo, incluidas las que desarrollan en un Hospital los Celadores, Auxiliar administrativo y TCAE (Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería). La ergonomía aporta al trabajador múltiples beneficios, contribuye a la introducción de nuevas tecnologías, favorece la crear de un buen ambiente laboral mejora las relaciones sociales, la motivación y la autoestima y esto a su vez hace que se proporcionando unos cuidados que mejoran la calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Ergonomía. www.ergonomos.es/ergonomia.ph
2. Boletín Oficiala del Estado. www.boe.es
3. Ergonomía: MedlinePlus en español. medlineplus.gov
4. Googel Académico. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo vol. II.
5. Internacional Ergonomics Associaton. Iea.cc en Español
6. Instituto Asturiano de Prevención. www.iaprl.or
7. Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica. Cargas, manipulación manual.
8. Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica. Pantallas de visualización de datos.
9. Portal web. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo.

Capítulo 33

EL TRASTORNO BIPOLAR COMO PATOLOGÍA MENTAL Y ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL

VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS

TAMARA LÓPEZ ROMERO

MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ÁNGELA GUINALDO BORGES

ELENA PARRADO

1 Introducción

El trastorno bipolar, también conocido como trastorno afectivo bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es el diagnóstico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormales elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más extrema que las personas que no padecen esta patología. Clasificación:

-Tipo 1: Individuos que han experimentado un episodio maníaco añadido a un episodio depresivo.

-Tipo 2: Episodios de depresión mayor así como al menos un episodio hipomaniaco.

-Tipo 3: Es la aparición de la enfermedad en pacientes de edad avanzada de más de 50 años donde los mecanismos de regulación del estado de ánimo se encuentran alterados, se denomina bipolaridad geriátrica. Desinhibición sexual, agitación y conducta impulsiva son algunas de las características.

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes. La prevalencia conjunta de todos los trastornos bipolares ha sido valorada en un estudio de 12 meses, con una muestra de 9282 individuos mayores de 18 años en el que reportaba el trastorno en 2,6% de la población. La prevalencia del tipo 1 se sitúa en el 0,4 y el 1,6% de la población en general, siendo igual en ambos sexos y grupos étnicos. La prevalencia del tipo 2 está en torno al 0,5% de la población, el cual es más prevalente en mujeres.

2 Objetivos

Reconocer y analizar los factores desencadenantes del trastorno bipolar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos en distintas bases de datos: Scielo, Pubmed, Google Académico, Elsevier y con los operadores booleanos, "and" y como descriptores palabras clave como: bipolar, maniaco, depresivo. Se ha buscado en textos en castellano y en fechas posteriores al 2010.

4 Resultados

Se ha relacionado anomalías en la función cerebral a los sentimientos de ansiedad y una menor tolerancia al estrés. Ejemplos de sucesos vitales interpersonales serían el enamoramiento o por el contrario la muerte.

Un nacimiento también puede desencadenar una psicosis postparto en las mujeres bipolares. Del trastorno bipolar se ha planteado que exista un desequilibrio entre aminoácidos excitadores, fundamentalmente glutamatos y los inhibidores y la defunción de las bombas de sodio y calcio que explica la patogenia del trastorno bipolar. Puede presentar:

1. Periodo depresivo:

- Pérdida de autoestima.
- Desánimos continuos.
- Desesperanza o minusvalía.
- Fatiga durante semanas meses.
- Insomnio.
- Pensamientos sobre el suicidio.

2. Periodo maniaco:

- Exaltación.
- Autoestima alta.
- Agitación.
- Hostilidad.
- Delirios místicos..
- Inquietud excesiva.

El pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo (litio, carbamazepina, oxcarbazepina):

- Anticonvulsivantes.
- Antipsicóticos.
- Antidepresivos.

El ritmo cardíaco, en estudios recientes, está comenzando a relacionarlo con el trastorno bipolar y desórdenes en el ritmo circadiano (conocido como el reloj biológico). Exponiendo al paciente a ciclos regulares de luz-oscuridad puede detener un episodio maníaco. Se cree que la persona mejora debido a que su ritmo circadiano es vuelto a un ritmo normal. Se recomienda una buena higiene del sueño y reducir la exposición a la luz artificial durante la noche.

5 Discusión-Conclusión

Se debe buscar la plena integración en el entorno ya que el aspecto social es de vital importancia. Para ello es condición prioritaria la normalización de éste y otros trastornos mentales. La erradicación de estigmatización, de los estereotipos, prejuicios y rechazos con que se carga a las personas que padecen problemas de salud mental.

6 Bibliografía

1. <https://www.fesemi.org>
> conozca-mejor-su-enfermedad > trastorno-afectivo...
2. Nemours KidsHeal. Trastorno bipolar | CuídatePlusth.
3. Robert E. Teyer, El origen de los estados de ánimo cotidianos.

Capítulo 34

LAS CARGAS EMOCIONALES DEL BOURNOUT Y SU ESFERA ASOCIAL

ÁNGELA GUINALDO BORGES

ELENA PARRADO

VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS

MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

TAMARA LÓPEZ ROMERO

1 Introducción

Entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de desgaste profesional. El Síndrome de Burnout o agotamiento extremo no es un diagnóstico médico sino un fenómeno laboral que obliga a mirar más allá del individuo para hallar soluciones eficaces. Es la respuesta a la exposición prolongada a factores laborales estresantes y tiene serias consecuencias para los profesionales de la salud y las instituciones donde trabajan. Se asocia con privación del sueño, errores médicos, mala calidad de la atención médica y escasa satisfacción de los pacientes. Sin embargo, con frecuencia las iniciativas para encarar el problema se centran en las personas y no en los sistemas. La evidencia de la asociación del burnout con indicadores objetivos de desempeño es escasa en todas las ocupaciones del sistema de salud. Los pocos estudios que emplean indicadores objetivos de seguridad de los pacientes a nivel sistema confirman la asociación entre burnout y asistencia sanitaria subóptima.

Es probable que se subestime la relación entre agotamiento y desempeño en el sistema de salud: el desempeño laboral todavía se puede mantener aún cuando el personal agotado carece de energía mental o física, ya que adopta estrategias de protección del desempeño para mantener las tareas prioritarias y descuida las tareas secundarias de baja prioridad (como tranquilizar a los pacientes). De esta manera se enmascara la evidencia del quiebre del sistema hasta que se llega a puntos críticos. Las instituciones funcionan con equipos de trabajo. Los datos pertinentes para evaluar estos equipos son los indicadores globales, como la productividad o el movimiento de personal o las tasas de seguridad de los pacientes. Esto sugiere que las evaluaciones del burnout deben ser también medidas globales, lo cual es especialmente importante para las decisiones sobre la implementación de intervenciones en los equipos de trabajo o en todo un servicio. Este se debe a que el burnout es un fenómeno social originado en las relaciones que las personas comparten en los equipos de trabajo.

El burnout, a diferencia del simple agotamiento crónico, surge por problemas con la carga de trabajo combinados con discordancias en todas las demás áreas de la vida laboral. Las discordancias en estas áreas afectan el grado de burnout experimentado, lo que a su vez afecta diversos resultados, como el desempeño laboral, la salud mental y el suministro de servicios sanitarios. Cuanto mayor sea la discordancia entre la persona y su trabajo, mayor será la probabilidad de burnout, a la inversa, cuanto mayor sea la coincidencia, mayor será la probabilidad de resiliencia y compromiso.

2 Objetivos

Reconocer a tiempo las causas de estrés en las empresas y buscar soluciones para terminar con la lacra del burnout.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en distintas bases de datos: Scielo, Lilacs y Medline, con los buscadores Google y Ópera y operador booleano AND. Criterio de inclusión: textos gratuitos en español. Criterio de exclusión: personal mayor de 60 años por proximidad a la edad de jubilación y textos en inglés.

4 Resultados

Se asocia un alto nivel de cansancio emocional al consumo de tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad, mientras que el optimismo y la satisfacción profesional mostraron una asociación inversa. Los años de profesión, el optimismo, valorar como útil el trabajo y percibir que se es valorado por los demás se asociaron inversamente con un alto nivel de despersonalización.

La baja realización personal se asoció inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo. Cansancio físico y emocional, tensión, ansiedad y limitación en las relaciones personales en el ámbito laboral con una disminución de la eficacia y la eficiencia, absentismo y mengua de la calidad asistencial cuando se trata de personal sanitario. Muchos de los síntomas pertenecen a categorías psicopatológicas claras, como depresión, ansiedad, trastornos adaptativos o de personalidad. Hay múltiples factores individuales y ambientales que conducen a situaciones de mayor desgaste profesional y menor satisfacción en el trabajo y no hay acuerdo unánime con respecto a la etiología de este síndrome.

Entre los factores individuales relacionados con un menor desgaste profesional, se descubren diversos rasgos de la personalidad, como el optimismo, la afectividad, la autoestima o determinados factores hereditarios. Respecto a los factores ambientales, se ha observado que los trabajadores del sector servicios, como los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores índices de desgaste profesional, insatisfacción, trastornos afectivos y estrés. Específicamente, entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de burnout en médicos y diplomados de enfermería, relacionados con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, una falta de identificación con la empresa, un menor control sobre el trabajo, la autopercepción de baja remuneración económica y el hecho de cuidar a personas que padecen una enfermedad o un proceso terminal. Estrés con desajuste entre las demandas y los recursos del trabajador, seguida de una fase de agotamiento, llegando finalmente a una fase de despersonalización caracterizada por una tendencia al distanciamiento con los clientes y la adopción de conductas de robotización y cinismo. Relacionándolo con nuestros resultados, podemos afirmar que hay un porcentaje mayor de lo esperado de profesionales que se hallarían en una primera fase de desgaste profesional.

El 59% de los trabajadores en España sufre algún tipo de estrés en el trabajo. Un estudio de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y

Trabajo muestra que el 28% de los trabajadores europeos sufre estrés. Las consecuencias de este tipo de afecciones son negativas tanto a nivel fisiológico como cognitivo. La clave para prevenir el estrés laboral y los riesgos psicosociales desde las empresas sanitarias reside en la organización y la gestión del trabajo. Técnicas como organizar las labores mediante bloques, diversificar las relaciones laborales, recompensar a los trabajadores por un buen rendimiento, favorecer la motivación y la ambición mediante una mayor participación o establecer políticas que ayuden a los empleados a conciliar su vida personal y profesional.

El desgaste, el escepticismo y los consiguientes sentimientos de ineficacia experimentados por las personas que sufren agotamiento extremo suelen ser una experiencia compartida en respuesta a factores laborales estresantes y deberíamos encuadrarlos como un problema del sistema y no solo como un problema individual. Las soluciones con enfoque individual son importantes para apoyar al personal sobrecargado, pero tienen menos probabilidad de ser duraderas y sustentables que las soluciones incorporadas institucionalmente. Pueden incluso agravar los problemas a la larga al reforzar un enfoque disfuncional para sobrellevarlos, que interpreta el fracaso como totalmente personal.

Enfoque de sistema: Emplear el burnout como indicador de la calidad de la atención sanitaria.

- Evaluar el burnout a nivel de cada servicio y a nivel individual.
- Crear explícitamente ámbitos de trabajo saludables.
- Incluir a sanitarios y profesionales de la sanidad y pacientes en el proceso de articular interrogantes para la investigación.
- Incluir el burnout en las evaluaciones de la calidad de atención.
- Favorecer relaciones saludables entre los individuos y la institución es la clave para prevenirlo.

Se necesitan más investigaciones para identificar los principales factores de estrés originados en la institución que ponen al personal en riesgo de burnout y qué cambios se podrían efectuar para reducir su impacto. Los modelos de ajuste entre el ámbito laboral y el trabajador proporcionan un marco útil para identificar maneras posibles de mejorar este ámbito. Por ejemplo, el modelo de áreas de la vida laboral especifica seis áreas en las que la coincidencia o ajuste entre el trabajo y el trabajador persona es esencial: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, justicia y valores.

- Carga de trabajo. La sobrecarga laboral es una característica de la atención médica conjunta que significa que hay poca oportunidad para descansar, recuperarse y

recobrar el equilibrio. Manejar la carga de trabajo y reconocer los límites de cada uno puede proporcionar oportunidades que ayuden al personal a sentirse eficaz en su trabajo.

-Control. Experimentar falta de control es un factor pronóstico constante del burnout. A la inversa, la percepción de poder influir sobre las decisiones y ejercer autonomía profesional es más probable que genere médicos resilientes y comprometidos

-Recompensa. El reconocimiento y la recompensa insuficientes (ya sea económica, institucional o social) aumenta la vulnerabilidad al burnout porque devalúa tanto al trabajo como a los trabajadores y se relaciona estrechamente con sentimientos de ineficacia. Sentir que uno está recompensado apropiadamente se asocia con satisfacción intrínseca, que es el estado óptimo para el personal sanitario.

-Comunidad. Independientemente de su tamaño, las instituciones sanitarias constituyen comunidades sociales. El área comunitaria tiene que ver con las relaciones que las personas tienen con otros en el trabajo. Ya se trate de un consultorio rural o de un gran hospital universitario, las relaciones que se caracterizan por falta de apoyo y de confianza y por conflictos sin resolver, implican gran riesgo de agotamiento extremo.

-Equidad. La equidad es el grado en el que las decisiones en el trabajo se perciben como justas y equitativas. Este factor es el más directamente relacionado con la asistencia al paciente. Los pacientes y el personal sanitario experimentan sentimientos de escepticismo, ira y hostilidad si sienten que no son tratados apropiadamente.

-Valores. Los valores son los ideales y las motivaciones que originariamente atrajeron a una persona hacia su trabajo, son la conexión motivante entre el trabajador y el lugar de trabajo. Sentir que el trabajo que se debe hacer está muy lejos de ser el deseado puede llevar a un mayor burnout.

Se necesitan mayores aportes de todos en el ámbito de la salud, incluidos médicos, enfermeras y otro personal, así como también los pacientes y sus familiares. Por ejemplo, la mayoría de las investigaciones sobre la intersección entre calidad y burnout se centraron sobre el personal de enfermería y personal no sanitario. Las experiencias de los sanitarios y especialmente de los pacientes, están en su mayor parte ausentes, aunque evidencia reciente indica que las percepciones de los pacientes sobre el bienestar del médico afectan la relación médico-paciente. La perspectiva de los pacientes y sus familiares sobre los problemas institucionales y el estrés entre el personal sanitario puede ser un indicador del bienestar institucional. La evidencia acumulada señala las estrategias preventivas que refuerzan

el compromiso del personal. Dada la relación entre el burnout y la evolución de los pacientes, y la evidencia de que el apoyo de estos ayuda a construir una buena comunicación, la participación del paciente tiene el potencial de mejorar el burnout del sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Se debe aunar a favor de mejorar el clima organizacional y potenciar el optimismo y la autoestima individual, para disminuir el desgaste profesional en los hospitales. Es imprescindible un plan de acción en la gestión hospitalaria para controlar la alta prevalencia de SDP en los sanitarios. Este plan debe considerar el incremento de la comunicación entre los trabajadores y los directivos, para identificar las áreas que deben mejorar, planificando y realizando los cambios organizativos necesarios conjuntamente. Estos cambios deben considerar una mayor autonomía para los trabajadores junto con el aumento de la equidad en la distribución del trabajo y los recursos, unido a una política más incentivadora. El reconocimiento empresarial y social del trabajo realizado puede disminuir la DP. Los responsables de salud laboral deben seguir identificando y tratando a los profesionales con procesos psicopatológicos. Finalmente, consideramos muy importante la formación en técnicas de autocontrol y gestión del estrés que refuercen el optimismo y la autoestima. Es necesario ampliar nuestro enfoque para enfrentar el burnout. El desafío para los sistemas sanitarios en un ámbito de salud cada vez más complejo, con las presiones paralelas de limitación de los recursos y niveles crecientes de burnout, es desarrollar intervenciones para contrarrestar los factores que conducen al mismo.

El problema no son los trabajadores sino el modo en que el entorno se está volviendo tóxico. La medición del burnout puede proporcionar la señal precoz de un problema. La prevención, siempre más deseable que el tratamiento, será posible debido a un entorno laboral sano que incluya tanto evidencia continua basada sobre la evaluación del burnout, como acción sobre los causantes estructurales del burnout, adaptado a la experiencia del personal y co-diseñado con la participación de quienes se atienden en los servicios de salud.

6 Bibliografía

1. Pines A, Aronson E. Career burnout: causes and cures. New York: Free Press; 1988.

2. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002.
3. Tizón JL. ¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Aten Primaria.* 2004.
4. Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects and satisfaction at work. *Lancet.* 1996.
5. Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clin (Barc).* 1994.
6. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit.* 2002.
7. Maslach C, Schaufeli B, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001.
8. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial.* Madrid: TEA; 1997

Capítulo 35

NARCOLEPSIA

MARÍA ALIA FERNÁNDEZ LÓPEZ

JOSE MANUEL SERNANDEZ FUENTE

MARÍA AMOR MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

JUAN EUSEBIO CANO HERRERA

1 Introducción

La narcolepsia se trata de una enfermedad producida por un trastorno del sistema nervioso, caracterizado por ataques repentinos de sueño y una somnolencia extrema durante el día.

2 Objetivos

Conocer la enfermedad e intentar y controlar los síntomas, para que la persona que la padece tenga las menores complicaciones posibles y pueda llevar un estilo de vida lo más óptimo posible.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los enfermos de narcolepsia pueden padecer alteraciones graves de su vida cotidiana, debido a que con frecuencia presentan grandes dificultades para mantenerse despiertos durante un periodo largo de tiempo, sin importar las circunstancias en las que se encuentren. Los síntomas que pueden presentarse consisten en:

- Una somnolencia durante el día que resulta excesiva, pudiendo quedarse dormidos sin previo aviso, durante unos minutos o hasta media hora, en cualquier momento y en cualquier lugar. Se trata del primer síntoma que puede presentarse y hace difícil la concentración y las funciones normales.
- Cataplejía, un trastorno que consiste en una pérdida repentina del tono muscular incontrolable, que puede durar varios minutos y es provocada por emociones intensas, como pueden ser, la risa, emocionarse, el miedo, el enfado o la sorpresa. No todos los enfermos de narcolepsia padecen este trastorno y los afectados puede ser que sufran varios episodios en un mismo día o que solamente les suceda una vez cada determinado tiempo.
- Pueden experimentar cambios en el ciclo de sueño con movimiento rápido de ojos.
- Alucinaciones, que pueden ser de dos tipos dependiendo del momento en el que se produzcan, hipnagógicas si sucede en el momento de quedarse dormidos e hipnopómpicas, si esto ocurre cuando se despiertan.
- Algunos pueden presentar otros trastornos del sueño tales como apnea, síndrome de piernas inquietas e incluso insomnio.

Esta enfermedad suele manifestarse entre los 10 y los 30 años y se poseen más probabilidades de padecerla si existen antecedentes familiares.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermos de narcolepsia pueden sufrir complicaciones, tales como, obesidad, daños físicos, problemas con las relaciones íntimas e incomprensión de la enfermedad por parte de su entorno. Ya que se trata de una enfermedad crónica, resulta de vital importancia, abordarla en todos los sentidos, mediante tratamientos con

medicamentos, llevando un estilo de vida saludable, evitando hábitos tóxicos, realizando ejercicio regularmente, estableciendo rutinas en las pautas del sueño y siguiendo terapias psicológicas o acudiendo a grupos de apoyo. Todo lo posible para que la calidad de vida de la persona afectada por dicha enfermedad resulte lo más favorable posible.

6 Bibliografía

1. Medlineplus.gov
2. Mayoclinic.org
3. Asenarco.es
4. Cuidateplus.com
5. iis.es

Capítulo 36

ALBINISMO

JOSE MANUEL SERNADEZ FUENTE

MARÍA AMOR MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

JUAN EUSEBIO CANO HERRERA

MARÍA ALIA FERNÁNDEZLÓPEZ

1 Introducción

El albinismo se trata de un trastorno genético por el cual se produce un defecto en la producción de melamina, la sustancia natural del cuerpo que da color a la piel, al cabello y al iris de los ojos.

2 Objetivos

Paliar los problemas derivados de los síntomas que presentan las personas afectadas y evitar posibles complicaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen distintos tipos de albinismo atendiendo a la mutación genética que haya provocado el trastorno:

- Albinismo oculocutáneo, se trata del más común y provoca la disminución de pigmentación en la piel, el cabello y los ojos, también problemas en la visión.
- Albinismo ocular, se produce casi exclusivamente en hombres, es menos común que el albinismo oculocutáneo y afecta principalmente a los ojos.
- También puede darse albinismo relacionado con síndromes poco frecuentes de predisposición genética, tales como, síndrome de Hermansky-Pudlack o de Chédiak-Higashi.

Los signos y síntomas son evidentes, falta de pigmentación total o mayoritaria en la piel, el cabello y los ojos, problemas de visión, tales como, fotofobia, estrabismo, miopía, astigmatismo, nistagmo, problemas en la retina, el nervio óptico o el iris, visión monocular, etc.

El tratamiento está dirigido a prevenir quemaduras, envejecimiento prematuro, cáncer de piel y a paliar los problemas de visión mediante el uso de gafas y otros dispositivos de ayuda o incluso mediante cirugía.

5 Discusión-Conclusión

Las personas afectadas por este trastorno además de las complicaciones mencionadas, pueden sentirse aislados, sufrir estrés y tener una baja autoestima, por eso es imprescindible prestar atención al aspecto psicológico y proporcionarles la ayuda necesaria.

6 Bibliografía

1. Mayoclinic.org
2. Medlineplus.gov
3. Oftalvist.es
4. Infogen.org
5. aao.org

Capítulo 37

LA ERGONOMÍA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ANA MARGARITA HERNANDEZ SANCHEZ

SUSANA DIAZ DIAZ

M^a PILAR RUIZ CRESPO

VERONICA PULIDO LOBERA

1 Introducción

En el ámbito hospitalario como personal sanitario son muchas las tareas a realizar, en las cuales tenemos una serie de riesgos por ello es importante identificarlos y prevenirlos dentro de lo posible.

2 Objetivos

Determinar e identificar los factores de riesgo laboral y las maneras de prevenirlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente texto, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica.

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el ámbito hospitalario son muchos los factores de riesgos que obtenemos para nuestra salud, unos de los múltiples son estos:

- Ergonomía biomecánica: manipulación de los pacientes para realizar las transferencias, movilizar el mobiliario (mesitas, camas, etc.).
- Ergonomía ambiental: como la iluminación que aveces es excesiva o escasa como en los turnos de la noche, los ordenadores.
- Ergonomía temporal: nos referimos a los turnos, los recursos humanos, escasez de materiales, exceso de trabajo por el acumulo de pacientes y poco personal.

Por ello es, importante adecuar las zonas de trabajo con la iluminación adecuada, realizar las transferencias de pacientes con la técnica adecuada, manteniendo la espalda recta flexionando las rodillas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con unos cuidados exhaustivos y un perfeccionamiento de la iluminación disminuiríamos lesiones a los trabajadores, como la visión, lesiones musculares etc., con ello disminuiríamos también la baja temporal del empleado.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov>
2. Wikipedia.
3. <https://cielo.org/es>
4. <https://mayoclinic.es>

Capítulo 38

LOS PARÁSITOS INTESTINALES

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS

1 Introducción

Las parasitosis intestinales transmitidas por geohelminthos son consideradas un problema de salud pública en el mundo, que afecta a diferentes poblaciones sin distinción de raza, edad o estrato socioeconómico. Sin embargo, se presenta en mayor proporción en países en vía de desarrollo, debido a sus características geográficas, ecológicas específicas del lugar, condiciones de saneamiento básico disponible, grado de hacinamiento escolar y familiar, factores socioeconómicos y culturales.

Se estima que en el mundo dos mil millones de personas están infectadas con geohelminthos, de las cuales por lo menos trescientos millones sufren morbilidad severa asociada con anemia, problemas de aprendizaje, desnutrición crónica y trastornos del desarrollo y el crecimiento.

2 Objetivos

Dar a conocer al técnico especialista de laboratorio información importante sobre los parásitos intestinales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Estos parasitismos se producen cuando los hábitos higiénico sanitarios son deficientes e interrelacionan con los ciclos de vida de los helmintos, siendo más frecuente durante los primeros años de vida, cuando aún no se han adquirido prácticas higiénicas adecuadas para prevenirlas y la inmunidad está en proceso de desarrollo frente a diferentes tipos de agentes infecciosos.

Sin embargo, en los niños que se encuentran en edad escolar, dependiendo el entorno en que estos se hallen, será un factor determinante para la adquisición de estadios infectivos como huevos o larvas de geohelmintos patógenos, quienes son resistentes a condiciones adversas y que vía dermal u orofecal pueden ocasionar infección.

Los parásitos patógenos intestinales helmintos más frecuentes son: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Enterobius vermicularis*, *Necator americanus*, *Ancylostoma duodenale*, *Strongyloides stercoralis* y *Taenia solium*.

Estos parásitos pueden ocasionar diferentes manifestaciones clínicas dependiendo del mecanismo de daño y del tropismo específico que presenten por el sistema digestivo, entre estas se encuentran principalmente, diarrea, dolor abdominal, desnutrición, mala absorción y anemia.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de las infecciones parasitarias intestinales se basa ampliamente en el análisis microscópico de las muestras fecales, que incluyen montajes húmedos directos, concentrados y frotis con tinción permanente. La cantidad de formas parasitarias en muestra de materia fecal, a menudo, es escasa y difícil de detectar en preparados directos en fresco o en frotis teñidos, por lo tanto, siempre deben realizarse procedimientos de concentración.

6 Bibliografía

1. <http://ocw.usal.es/ciencias-biosanitarias/parasitologia-biologia/contenidos/>.
2. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n8/art22.pdf>.
3. https://www.andromaco.com/portals/0/publicaciones/libro_parasito_ogiai_compaginado.pdf.
4. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/581324.pdf>.

Capítulo 39

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PERSONAL SANITARIO: NORMAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE INCENDIO

NATALIA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Vamos a dar a conocer al personal sanitario una serie de normas básicas de actuación para que en caso de incendio sepan qué deben hacer de la manera más rápida posible para minimizar los riesgos. El saber cómo escapar de un incendio puede ser la clave de la supervivencia.

2 Objetivos

Conocer las normas básicas de actuación en caso de incendio por parte del personal sanitario para minimizar todos los daños posibles tanto para nosotros como para los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Conocer el Plan de Emergencias del Hospital:

En el mayor número de casos solamente vamos a disponer de unos minutos o segundos para decidir que debemos hacer. Si conocemos el plan de emergencias y el plan de evacuación de nuestro puesto de trabajo podremos tomar una decisión racional en una situación de emergencia o incendio.

2. Conocer las salidas de emergencia:

Es muy importante conocer la situación de las salidas de emergencia del edificio donde trabajamos. Hemos de conocer al menos dos posibles salidas. Hemos de recordar que en caso de incendio el ascensor no es una salida, nunca lo vamos a usar como salida en caso de evacuación ya que puede darse el caso de que se pare entre dos pisos, o ir al piso de incendio y parar allí incluso abriendo las puertas, quedando expuestos al peligro.

3. Salir al oír la alarma:

Cuando oigamos la señal de alarma debemos dejar lo que estemos haciendo rápidamente y cerrar las puertas que vayamos pasando. Cuando hayamos salido debemos de permanecer fuera hasta que los bomberos o el personal autorizado nos indiquen que es seguro volver a entrar en el edificio.

4. Aprender a activar la alarma:

Debemos de conocer donde están localizados los pulsadores de alarma y la manera de accionarlos, así como saber llamar directamente a los bomberos. Es muy importante avisar al personal que esté trabajando con nosotros. Debemos de dar la alarma siempre para garantizar la presencia de los bomberos y poder evitar que un incendio pequeño se convierta en uno grande.

5. ¿Qué hago si la vía de evacuación está obstruida por humo?:

Dirigirnos a una salida alternativa. Avanzaremos a gatas si estamos envueltos en humo ya que el aire del suelo es más limpio y fresco.

6. ¿Qué hago si la salida alternativa también es peligrosa por causa del fuego y del humo?:

Debemos buscar una habitación con ventanas al exterior y cerrar la puerta. Haremos señales desde la ventana a los bomberos. Si existe algún teléfono en la habitación informaremos de nuestra situación exacta, aunque nos hayan visto hacer señales.

7. ¿Qué hago si no logro abandonar la habitación y se llena de humo?:

Tapar todas las rendijas de las puertas y huecos de ventilación por donde pueda entrar humo. Abrir un poco las ventanas para permitir la entrada de aire fresco. Si es absolutamente necesario romper el cristal. Hacer señales desde la ventana al equipo de rescate.

8. ¿Debo extinguir el fuego?:

Si estamos ante un foco pequeño que podamos extinguir con un extintor lo usaremos si sabemos, con la seguridad de la existencia de una vía de escape y después de haber dado la alarma. No nos arriesguemos y prioricemos la evacuación a la extinción del incendio.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido unas normas básicas de actuación en caso de incendio para el personal sanitario que pueden sernos de gran ayuda en caso de emergencia para poder escapar del mismo sin sufrir daños siguiendo las pautas correctas.

6 Bibliografía

1. Manual de actuación para casos de emergencia- Hospital De Sagunto- disponible en <https://www.google.com>
2. Normas y protocolos de actuación en caso de incendio- Área de Salud de Cáceres, Servicio Extremeño de Salud- disponible en <https://www.areasaludcaceres.es/contenido/525-normas-y-protocolos-de-actuacion-en-caso-de-incendio.html>

Capítulo 40

FIBROMAS UTERINOS

MACARENA RODRIGUEZ RICO

1 Introducción

Los fibromas uterinos son tumores no cancerosos del útero que a menudo aparecen durante los años fértiles. También se les pueden denominar leiomiomas o miomas, los fibromas uterinos no se asocian con un mayor riesgo de cáncer uterino y en pocas ocasiones se convierten en cáncer. Pueden aparecer fibromas durante un examen ginecológico y también cuando se están utilizando pruebas de imagen. El tratamiento incluye medicinas que pueden hacer más lento o detener su crecimiento, o cirugía. Muchas mujeres con fibromas se pueden quedar embarazadas de forma natural, no obstante, los tratamientos de infertilidad también pueden ser eficaces si hubiese alguna complicación.

2 Objetivos

- Diagnosticar los fibromas uterinos en la mujer mediante pruebas específicas para evitar molestias e incluso complicaciones antes, durante y después del embarazo.
- Hacer un seguimiento regular de los síntomas más destacados en las mujeres así como concretar las variables de edad en los que los fibromas aparecen con más frecuencia.

3 Discusión-Conclusión

Existen múltiples causas por las cuales pueden aparecer fibromas, hay poca evidencia científica disponible sobre cómo prevenirlos. Cabe destacar que existe

la posibilidad de no poder prevenir los fibromas uterinos, no obstante, solo un pequeño porcentaje de estos tumores requiere tratamiento.

En cambio, si que es aconsejable tener un estilo de vida saludable, como mantener un peso normal y comer frutas y verduras, puesto que se puede disminuir el riesgo de padecer fibromas.

Además, algunas investigaciones sugieren que el uso de anticonceptivos hormonales puede estar asociado con un menor riesgo de fibromas.

4 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/uterinefibroids.html#summary>
2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/uterine-fibroids/symptoms-causes/syc-20354288>
3. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/ginecologicas/miomas-uterinos.html>

Capítulo 41

LA VARICELA

TAMARA REGUERA GONZALEZ

LAURA IZQUIERDO SUAREZ

1 Introducción

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa, causada por el virus varicela zoster que pertenece a la familia del herpesvirus. Es una enfermedad muy contagiosa que se suele dar con más frecuencia en la infancia sin dar mayores complicaciones, pero en la edad adulta puede causar algún tipo de complicación grave e incluso en inmunodeprimidos puede ser muy grave. Las epidemias anuales suelen ocurrir durante el invierno o al empezar la primavera.

2 Objetivos

Describir la enfermedad, causas, síntomas y prevención.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, usando como buscador principal Google Académico. Palabras clave: varicela.

4 Resultados

El agente causal de la varicela es el virus varicelle-zoster. La transmisión de este virus se realiza a través de la respiración o por el contacto directo con el líquido

de las vesículas de la piel. La varicela se transmite con mayor facilidad en las primeras etapas de la erupción ya que una vez que salen las costras en la piel ya no hay riesgo de contagio. El periodo de incubación tras haber estado expuesto es de 15 días aproximadamente.

Como manifestaciones clínicas esta: el malestar general, fiebre moderada durante 2 ó 4 días y exantema generalizado por todo el cuerpo. Hay personas que se les manifiesta menos como son los casos leves o mucho como son los casos más graves que algunos tienen que ser hospitalizados.

Para la prevención de la varicela en España hay dos vacunas que están autorizadas: VIRILRIX Y VARIVAX que son preparaciones de virus vivos atenuados. Se recomienda esta vacunación entre las personas con edades comprendidas entre 10 y 14 años (ambas incluidas) que no hayan pasado con anterioridad la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La varicela es un virus muy contagioso sobre todo en la infancia, la estrategia es la prevención mediante la vacunación en edades tempranas con las vacunas que tenemos en España ya que el riesgo de complicaciones está relacionado con el aumento de la edad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 42

SALMONELOSIS

LAURA IZQUIERDO SUAREZ

TAMARA REGUERA GONZALEZ

1 Introducción

La salmonelosis es una de las enfermedades de transmisión alimentaria más común y más extendida. Está causada por la bacteria *Salmonella* (bacilos Gram negativos, anaerobios facultativos de la familia Enterobacteriaceae). Se encuentran en la flora intestinal y, por ello, en aguas y alimentos que hayan estado en contacto con materia fecal. Se puede encontrar en frutas y verduras que no han sido lavadas adecuadamente, en los huevos, carne cruda, etc. Es una bacteria que vive en el intestino de los animales y humanos y se expulsan a través de las heces.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) apunta a los reptiles y a las aves como principales portadores. La gran mayoría de los casos de salmonelosis son leves, aunque, en ocasiones, la enfermedad puede provocar la muerte.

2 Objetivos

Describir la enfermedad, sus causas y síntomas y las medidas de prevención más adecuadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Al tratarse de una infección intestinal, la bacteria se encuentra en las heces de personas infectadas, por eso la higiene personal cobra especial relevancia durante y después de pasar la enfermedad, ya que el no lavarse las manos después de ir al baño y manipular alimentos puede ser el origen de infecciones en otras personas.

Cualquier alimento puede estar infectado por la bacteria Salmonella, al ser manipulado por una persona infectada con las manos sucias o si el alimento entra en contacto con otros que están contaminados, es lo que se denomina como contaminación cruzada. Generalmente, la mayoría de personas se infecta por comer alimentos que han sido contaminados.

Dado que las altas temperaturas favorecen el crecimiento y desarrollo de estos microorganismos, la mayoría de los casos suelen producirse en verano.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la mayoría de los casos, la bacteria provoca infección intestinal sin sobrepasar el resto de mecanismos defensivos del organismo. Los síntomas son relativamente leves y los pacientes se recuperan sin tratamiento específico. Sin embargo, en algunos casos, particularmente en niños pequeños y en ancianos, la deshidratación causada por la enfermedad puede ser grave y poner en peligro la vida. Los síntomas pueden comenzar entre las 6 y 72 horas después de haberse producido la infección y la enfermedad se mantiene aproximadamente entre 2 y 7 días. Los síntomas más comunes pueden ser:

- Cólicos.
- Sensibilidad o dolor abdominal.
- Escalofríos.
- Diarrea.
- Fiebre.
- Dolor muscular.
- Náuseas.
- Vómitos.

Entre las recomendaciones que dan los expertos para aliviar los síntomas destacan:

- Beber abundantes líquidos para que el cuerpo este protegido frente a la deshidratación.
- Ingerir comidas poco copiosas y exentas de grasa.
- Reposo.

Como medias de prevención la OMS aconseja el control en todas las etapas de la cadena alimentaria, desde la producción agrícola hasta la elaboración, fabricación y preparación de alimentos, tanto en establecimientos comerciales como en los hogares. En los hogares la prevención comienza con un buen almacenamiento de los alimentos y continúa con unas correctas medidas higiénicas como lavarse las manos antes de cocinar, lavar muy bien todos los alimentos, teniendo especial cuidado con aquellos como los huevos que pueden tener restos de excrementos de los animales domésticos, usar guantes, etc.

La manera correcta de lavarse las manos según la OMS es la siguiente:

- Mójese las manos.
- Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.
- Frótese las palmas de las manos entre sí.
- Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
- Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotar con un movimiento de rotación, y viceversa. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- Enjuáguese las manos.
- Séquelas con una toalla de un solo uso. Utilice la toalla para cerrar el grifo. Sus manos son seguras.

5 Discusión-Conclusión

Tanto ésta enfermedad infecciosa como otras producidas por virus y bacterias de rápida transmisión entre las personas nos deja patente la gran importancia de una buena higiene, sobre todo de manos y alimentos, tanto para evitar su aparición como su rápida como su propagación entre la población.

Algo tan sencillo como lavarse bien las manos puede ser la solución para acabar con estas enfermedades, o por lo menos, minimizar su transmisión e impacto en los ciudadanos, evitando la aparición de las grandes pandemias (en su día la gripe española y hoy por desgracia el coronavirus).

6 Bibliografía

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

Capítulo 43

EL HELICOBACTER PYLORI

LAURA IZQUIERDO SUAREZ

TAMARA REGUERA GONZALEZ

1 Introducción

El *Helicobacter Pylori* (*H. pylori*) es una bacteria que causa infecciones en el estómago. Fue cultivado por Robin Warren y Barry Marshall en 1983 y por este gran descubrimiento fueron galardonados con el Premio Nobel de Medicina en 1995. Se encuentra, aproximadamente, en dos tercios de la población mundial. Puede causar úlceras pépticas y cáncer de estómago.

2 Objetivos

Realizar una descripción de la bacteria e infección que provoca, así como de los síntomas y tratamiento de la misma.

3 Metodología

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

4 Resultados

Helicobacter pylori es una bacteria gramnegativa con forma de bacilo helicoidal (de esta característica morfológica deriva el nombre de la *Helicobacter*) que vive en el epitelio gástrico humano. Es una de las infecciones más prevalentes, que llegan a afectar al 60% de la población alcanzando incluso el 80% en las zonas más desfavorecidas del planeta y con unas peores condiciones sanitarias. La infección se produce de manera más frecuente en la infancia, siendo poco común la infección en adultos. Se suele producir por vía fecal-oral o oral-oral.

En los países desarrollados la infección se produce normalmente entre personas del ámbito familiar (por ejemplo, al cambiar un pañal y no lavarse bien las manos) pero en aquellas zonas más desfavorecidas donde las condiciones higiénicas son peores la principal fuente de infección es a través de aguas contaminadas con materia fecal.

La infección por *H.pylori* suele persistir durante toda la vida aunque sólo manifiesta síntomas en un porcentaje muy pequeño, aproximadamente entre un 15-20% de los infectados, por lo que la mayoría de ellos desarrollan su vida sin ningún tipo de síntoma.

Produce inflamación de la mucosa gástrica que puede progresar llevando a la producción de gastritis crónica y úlcera péptica. Algunos factores poco conocidos propios del tipo de persona junto con las características de la bacteria parecen ser los indicativos para que una persona sufra o no una úlcera péptica durante su vida. Se reconoce su papel patogénico en el desarrollo del cáncer gástrico y el linfoma de tejido asociado a mucosa (MALT).

La dispepsia es uno de los síntomas más comunes de la infección por *Helicobacter pylori*, se manifiesta con: dolor, saciedad precoz, náuseas o vómitos, ardores, plenitud..., este estado se puede mantener durante aproximadamente un mes, tanto de manera continua como intermitente.

Para aquellos pacientes que presenten síntomas de úlcera péptica (causada en la mayoría de los casos por el *H.Pylori*), el facultativo pedirá pruebas de sangre, heces o aliento para determinar la presencia de esta bacteria.

Para la detección y diagnóstico de esta bacteria se utilizan tanto pruebas invasivas como no invasivas. Las pruebas invasivas se basan en la toma de muestras, mediante biopsias de la mucosa gástrica a través de una gastroscopia. Posteriormente se realiza un estudio en el laboratorio de anatomía patológica o se realiza

el test de la ureasa. Pruebas no invasivas:

- Demostración de anticuerpos en sangre frente a la bacteria.
- Detección de Ag. De *H. pylori* en las heces, por medio del empleo del método ELISA.
- Test del aliento, muy útil en el diagnóstico de la infección inicial, del seguimiento de la infección y para valorar su erradicación tras el tratamiento.

En España para su tratamiento se utiliza una combinación de antibióticos asociados a un IBP (Inhibidor de la Bomba de Protones), como son el omeprazol, pantoprazo... Utilizando dos variedades de antibióticos a la vez evitamos que las bacterias se vuelvan resistentes a un determinado antibiótico y el omeprazol nos ayudará a inhibir el ácido y facilitar la cura del revestimiento del estómago.

Se recomienda a las personas que tengan esta infección:

- Seguir una dieta variada y equilibrada evitando las comidas copiosas.
- Intentar comer despacio y en ambientes tranquilos.
- Reposar un poco tras las comidas.
- Beber mucha agua y evitar bebidas con gas o estimulantes como el café o el té.
- Evitar el alcohol y el tabaco.

Después de recibir el tratamiento, se suele recomendar un nuevo análisis pasadas las cuatro semanas para comprobar si el tratamiento ha tenido éxito o hay que realizar otro tratamiento con una combinación diferente de antibióticos.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de ser un tipo de infección muy extendida y generalizada por todo el planeta a día de hoy aún no se conoce con exactitud su modo de transmisión e infección; aunque su transmisión se asocia a las malas condiciones higiénicas por lo que en las zonas más desfavorecidas, donde es más común la contaminación de aguas y alimentos con materia fecal, el problema es mucho mayor.

Además de los problemas higiénicos, en muchas de estas zonas las personas viven sin una fuente de agua potable cerca y en condiciones de hacinamiento, compartiendo casa un gran número de personas por lo que la infección entre personas es muy probable.

La única manera de prevenir esta infección tan expandida y generalizada (como muchas otras) es a través de una buena educación sanitaria, algo tan simple como

una buena explicación de cómo lavarse las manos de manera correcta puede salvar vidas y el acceso de todas las personas a una fuente de agua limpia y segura debería estar garantizado para que se puedan cumplir todas las medidas mínimas de higiene.

6 Bibliografía

1. PubMed.
2. Scielo.
3. Fundación española del aparato digestivo.

Capítulo 44

ANATOMÍA RADIOLÓGICA DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO

MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ

DOLORES LAGUNA DÍAZ

CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO

MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ

1 Introducción

1. Divisiones óseas de la cabeza.

A. Huesos del cráneo:

Son los que se hallan en la parte superior de la cabeza. Forman la cavidad donde se alijan los principales órganos del Sistema Nervioso Central (SNC). Podemos distinguir dos partes:

-Bóveda o Calota.

-La base.

B. Huesos de la cara:

-Son los que forman las cavidades orbitarias, las fosas nasales y la boca.

2. Configuración del cráneo.

El cráneo esta formado por ocho huesos diferentes fuertemente unidos entre sí, los cuales son:

-Hueso Frontal.

-Huesos Parietales (2).

-Huesos Temporales (2).

-Hueso Occipital.

-Hueso Etmoides.

-Hueso Esfenoides.

Las uniones entre ellos adoptan la forma de unas líneas tortuosas que reciben el nombre de suturas. Las suturas son un típico ejemplo de articulaciones óseas sin movilidad (sinartrosis). Durante la primera infancia estas líneas permanecen sin unirse en algunas zonas, formando en los puntos de intersección unas depresiones llamadas fontanelas. La estructura de los huesos del cráneo es la típica de los huesos planos. Están formados por las siguientes partes:

-Lámina interna, también de tejido compacto pero con una superficie interior rugosa que tiene unos canales estrechos y ramificados (los surcos meningeos) y otros de mayor grosor (llamados surcos), en los que se alojan vasos sanguíneos de diferentes calibres.

-Situado entre ambas láminas se encuentra el tejido esponjoso con médula roja en su interior denominada diploe.

3. Configuración de la cara.

Los huesos que configuran la cara son:

-Huesos maxilares superiores (2).

-Hueso maxilar inferior.

-Huesos nasales (2).

-Huesos malares o cigomáticos (2).

-Fosas nasales: divididas en varios compartimentos por tres láminas óseas, llamadas cornetes (superior, medio e inferior).

-Lagrimal o unguis (2).

-Palatinos (2).

-Vómer.

Los huesos faciales también se encuentran unidos entre sí mediante suturas, sus articulaciones también son sinartrosis excepto la articulación de la mandíbula con el hueso temporal que es una articulación sinovial (diartrosis).

4. Referencias anatómicas para las distintas proyecciones.

Se toman como referencia una serie de puntos como:

-Glabela (unión de las suturas sagital y frontal)

-Nasion (punto de intersección del hueso frontal y de los huesos nasales).

-Canto (unión de los párpados).

-Acantiación (punto situado en la base de la espina nasal anterior).

- Mentón.
- Gonión (ángulo inferior de la mandíbula).
- Asterion (ángulo formado por la unión de los tres huesos del cráneo: parietal, temporal y occipital).
- Inión (protuberancia occipital externa).

También hay una serie de líneas que facilitan la colocación de la cabeza. Las más importantes son:

- Línea Orbitomeatal: une el conducto auditivo externo con el canto externo del ojo.
- Línea Infraorbitomeatal: une el conducto auditivo con el borde infraorbitario.
- Plano sagital medio.
- Línea interpupilar.
- Línea glabelomeatal.
- Línea acantiomeatal.

5. Proyecciones más comunes.

- PA de cráneo.
- Axial o de Caldwell (15° caudal).
- Mahoney (30° caudal).
- AP de cráneo: Granger, Towne, Caldwell modificada (angulación cefálica 25°), Hirtz.
- Lateral de cráneo.
- Lateral Silla Turca.
- Waters.
- Transbucal.
- Schüller (celdillas mastoideas y ATM).
- Desenfilado de mandíbula.
- Stenvers(oído medio interno).
- Chansse III y Guillen (oído medio).
- Huesos propios.
- Lateral de Cavum.
- Branett(hendidura esfenoidal).

2 Objetivos

Objetivo principal:

Explicar la anatomía radiológica de los huesos del cráneo.

Objetivos secundarios:

- Diagnosticar fracturas.
- Detectar cuerpos extraños.
- Diagnosticar defectos de nacimiento.
- Detectar calcificaciones en el cerebro.
- Observar defectos óseos provocados por desordenes metabólicos y endocrinos.
- Diagnosticar sinusitis.
- Determinar la oclusión dental defectuoso.
- Diagnosticar la oto-esclerosis.
- Ver tumores hipofisarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos y material formativo.

4 Bibliografía

1. Atlas de posiciones radiográficas, Phillip W.Ballinger.
2. Temario de editoriales MAD Y CEP.
3. www.actualpacs.com
4. www.medicineolus.gov/article
5. Radiografía de cráneo-Care First Health Library.

Capítulo 45

AISLAMIENTO HOSPITALARIO

LUCÍA TUÑÓN FERNÁNDEZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

El aislamiento es el procedimiento o conjunto de procedimientos que se aplican a los pacientes que padecen una enfermedad infecciosa durante un periodo de tiempo, en que ésta pueda ser transmitida, junto con la aplicación de otras medidas para impedir o evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

La finalidad del aislamiento hospitalario es doble, por un lado aislamiento común o de barrera, que su finalidad es separar a los pacientes contagiosos para que no transmitan la enfermedad a personas sanas, y por otro lado, el aislamiento protector o de barrera inversa, que su objetivo es separar a los pacientes que tienen disminuidas sus defensas para protegerlos de adquirir una enfermedad transmisible.

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes tipos de aislamientos hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, utilizando como palabra

clave: aislamiento hospitalario. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medine y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, además de realizar búsqueda en diferentes buscadores de Internet.

4 Resultados

Diferentes tipos de aislamientos hospitalarios:

-Aislamiento respiratorio (varicela, meningitis meningocócica, sarampión, rubéola, tuberculosis pulmonar, tosferina): paciente que presenta una enfermedad transmisible por vía aérea. Las principales características son: lavarse las manos al entrar y al salir de la habitación, obligatorio ponerse mascarilla y guantes.

-Aislamiento estricto (difteria, viruela, varicela, neumonía estafilocócica, peste, rabia, herpes zoster en pacientes inmunodeprimidos o zoster diseminado): paciente que presenta una enfermedad altamente contagiosa. Las principales características son: lavarse las manos al entrar y al salir de la habitación, obligatorio ponerse mascarilla, bata, guantes y calzas.

-Aislamiento protector o inverso (quemados más del 25%, transplantados e inmunodeprimidos): paciente inmunocomprometido o susceptible de enfermar. Las principales características: lavarse las manos antes de entrar habitación, colocarse calzas, gorro, mascarilla, bata, guantes estériles.

-Aislamiento de contacto (gangrena gaseosa, herpes simple diseminado, heridas abiertas, quemaduras de menos del 25%, piodermas): paciente con trastornos o afecciones cutáneas. Las principales características son: lavarse las manos al entrar y al salir de la habitación, ponerse la bata, mascarillas y guantes estériles.

5 Discusión-Conclusión

Los tipos de aislamientos sirven para se evitar la propagación de agentes patógenos. Por ello es muy importante concienciar a los familiares y los propios profesionales sanitarios de la colocación de los diferentes equipos de protección individual (EPIS), para poder evitar la propagación de enfermedades.

6 Bibliografía

1. es.scribd.com

2. www.scielo.org
3. www.elsevier.es

Capítulo 46

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

LUCÍA TUÑÓN FERNÁNDEZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

El consentimiento informado es un derecho que tienen todos los pacientes, según la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2 Objetivos

Dar a conocer el consentimiento informado, su significado y cuándo se debe de usar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, utilizando como palabra clave: consentimiento informado. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, además de realizar búsqueda en diferentes buscadores de Internet.

4 Resultados

El consentimiento informado, es el mayor del derecho a la autonomía, derecho subjetivo y uno de los cuatro principios en los que se fundamenta la ética de la asistencia sanitaria. El consentimiento informado implica tanto valores sociales como individuales y puede definirse como, la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, con el fin de solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos.

La ley dice que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere del previo consentimiento del paciente, después de prestarle toda la información. Como regla general la información y el consentimiento informado se realizarán de forma verbal, con las siguientes excepciones:

- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos diagnósticos invasores.
- Aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente.

No será necesario el consentimiento informado en los siguientes casos:

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- Urgencia, cuando existe riesgo vital y no es posible conseguir la autorización.

El consentimiento se otorgará por representación en los siguientes casos:

- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.
- Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- Cuando para el paciente menor de edad no sea ni intelectual ni emocionalmente posible comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene más de doce años cumplidos. Cuando se trate de menores emancipados o con dieciséis años cumplidos no cabe prestar el consentimiento por sustitución. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

La prestación del consentimiento informado va necesariamente ligada a la intervención para la que se dio, de tal forma que el médico debe recabar un nuevo

consentimiento si durante una operación encuentra una patología inesperada.

No cabe duda que una atención sanitaria de calidad requiere, entre otras cosas, el respeto a la autonomía de la persona, punto recogido por la Ley 41/2002, y que implica necesariamente: escuchar a la persona, informarla adecuadamente, recabar su consentimiento libre y voluntario, y registrar convenientemente todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

El consentimiento informado es el documento que garantiza que el paciente, es informado y acepta voluntariamente la realización de las evaluaciones médicas después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del examen, los beneficios, y las directrices a seguir.

6 Bibliografía

1. www.elderecho.com
2. www.scielo.org
3. www.elsevier.es

Capítulo 47

COVID 19

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

LAURA DIAZ MAYO

1 Introducción

El COVID-19 nace en diciembre de 2019 en Wuhan, China. Para finales de enero de 2020 ya eran casi 1000 los casos definidos en países asiáticos y Estados Unidos. La letalidad de este virus sobresalta a personas que sufren enfermedades previas (hipertensión, enfermedades coronarias o diabetes) o tienen una edad por encima de los 70 años. Hay muchos detalles relativos a su origen o su capacidad de extenderse entre las personas que se olvidan, el aumento del número de casos se debe por el traspaso de persona a persona. Los coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde una gripe común hasta enfermedades más graves como el MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio) o el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo).

2 Objetivos

- Proporcionar información sobre el COVID-19.
- Evitar más contagios, con las medidas de confinamiento, ya que el virus en sí no desaparece, evitaremos así no sobrecargar las UCI e intentar aplanar el pico de esa curva no saturando hospitales en el pico de la pandemia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los síntomas más comunes son fiebre, cansancio y tos seca; también dolores, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta o diarrea. Estos síntomas suelen ser leves. Algunas personas se infectan, pero no tienen ningún síntoma (asintomáticos). La mayoría de las personas se recupera de la enfermedad sin tratamiento específico, pero una parte de los infectados si tiende a tener patología grave y problema para respirar.

Se transmite por gotas respiratorias de la nariz o la boca que salen expulsadas de la persona infectada cuando tose o exhala. Para evitar el contagio: lavarse las manos a fondo con agua y jabón; podrá utilizarse solución hidroalcohólica, mantener una distancia mínima de 1.5 metros entre personas, evitar tocarse los ojos, nariz y boca, y permanecer en casa si no es necesario salir.

En España, son más de 20.000 casos y más de 2000 muertes registradas desde que se produjo el primer caso el 31 de enero del año 2020. En la primera quincena de marzo se empezó a producir el repunte que ha llevado al país al estado de alarma, tomando medidas de aislamiento para evitar la propagación del virus y que aparezcan de nuevos brotes. Estas medidas quieren evitar el colapso y la saturación de los servicios sanitarios y la UCI.

Los resultados obtenidos hasta ahora son nefastos, personal sanitario infectado, media población infectada, muchos muertos y todavía esperando por el pico de la pandemia.

5 Discusión-Conclusión

Hay investigaciones que apuntan a una posible vacuna que se está probando en animales, pero hasta un año tardaría en comercializarse. Extrememos precauciones para evitar más contagios, el personal sanitario ahora es muy importante para cuidarnos en estos extremos de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. www.minsalud.gov.com
2. www.medicarama.com
3. www.astursalud.es
4. <https://higieneambiental.com/>

Capítulo 48

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CELADOR

MARIA ISABEL FERNANDEZ JIMENEZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout se conoce como un síndrome de desgaste profesional en personas sometidas a un estrés emocional irónico. El estrés convive con el ser humano desde el momento y es un estímulo necesario para que las personas puedan aprender de la experiencia vivida y transmitirla a generaciones.

En el ámbito psicosocial puede significar conceptos tan variados como: ansiedad, esfuerzo, tensión emocional, sobrecarga o fatiga.

El personal celador es un grupo vulnerable de sufrir este síndrome. Este síndrome puede aparecer a consecuencia de las condiciones laborales: turnos rotatorios, nocturnidad, cansancio emocional y físico..

2 Objetivos

- Conocer las rotaciones entre las diferentes.
- Hablar sobre las principales demandas estresantes del trabajo.
- Medidas preventivas para evitar el burnout.

3 Metodología

Búsqueda en diversas publicaciones, así como bases de datos y páginas web.

4 Resultados

El termino estrés contempla tres factores:

1. Es un estímulo estresante, por privación del sueño, sobrecarga del trabajo
2. Es una respuesta de estrés por elevación de la presión arterial, etc.
3. Es una relación estresante por conflictos interpersonales, mala comunicación, etc.

Las personas pueden comportarse de forma similar a los estresores:

- En unos casos se puede modificar comportamientos por el aprendizaje.
- En otros no es posible aprender, produciéndose un desgaste reversible.

El estrés puede contribuir al desarrollo de algunas enfermedades autoinmunes. Se han identificado relaciones entre factores psicosociales en varias enfermedades, como el cáncer.

Debemos diferenciar entre: estresor, estrés y respuesta de estrés.

1. Estresor: es el acontecimiento objetivo.
2. Estrés: como experiencia subjetiva negativa, como es vivida por cada persona, sinónimo de ansiedad.
3. Respuesta de estrés: consecuencia psicobiológica, reacción fisiológica y conductual.

Se han realizado estudios sobre las consecuencias de los diferentes estresores ocupacionales. Los estresores específicos de las distintas ocupaciones (celador, auxiliar, médico) han sido objeto de estudio.

En el ambiente físico podemos encontrar diversos estresores como ruido, iluminación, higiene, temperatura, toxicidad y condiciones climatológicas.

Las principales demandas estresantes de trabajo son:

- Trabajo por turnos y trabajo nocturno. Son frecuentes y afectan a un 20% de los trabajadores. Estos trabajadores se quejan con más frecuencia de fatiga y problemas gastrointestinales que los trabajadores de horario normal. Las influencias son biológicas y emocionales, debido a las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, de los patrones de temperatura corporal y del ritmo de secreción de adrenalina.
- Sobrecarga de trabajo.
- Sobrecarga cuantitativa: exceso de actividades en un determinado periodo de tiempo.
- Sobrecarga cualitativa: excesivas demandas en relación con las competencias.

- Exposición a riesgos y peligros: la percepción del riesgo en el trabajo puede producir mayores o menores niveles de ansiedad en el trabajador y esto puede repercutir, en el rendimiento, en las conductas de seguridad y en el bienestar psicológico. Las enfermedades y accidentes que se producen contribuyen a aumentar el estrés en los compañeros y tienen efectos negativos en aquellos que lo padecen.
- Contenidos del trabajo: hay unas características de la actividad del trabajo que si están presentes de forma adecuada presentan un gran potencial motivador y contribuyen al bienestar psicológico de los trabajadores.
- Oportunidad para el control: el grado en que el ambiente laboral permite al individuo controlar las actividades que realiza puede producirle estrés o bienestar psicológico.
- Oportunidad para el uso de las habilidades: Si estas oportunidades son escasas o excesivas serán causa de estrés.

Otras fuentes de estrés son:

- Las relaciones con los compañeros.
- Las relaciones con subordinados.
- Las relaciones con usuarios y pacientes.

Los síntomas del estrés son los siguientes:

- Emociones: ansiedad, irritabilidad, miedo, fluctuación del estado de ánimo.
- Pensamientos: excesiva autocrítica, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, pensamientos repetitivos.
- Conductas: tartamudear, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar de dientes, aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Cambios físicos: músculos contraídos, manos frías o sudorosas, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, fatiga, gripes. Infecciones.

El estrés laboral es una constante precursora del desgaste profesional. Es importante señalar que no todo el estrés laboral se transforma en burnout. Ésto sólo ocurre cuando las condiciones tensionantes dentro del trabajo se prolongan en el tiempo y no son atendidos. Existen una serie de estrategias que son eficaces frente a situaciones de estrés y tensión:

- Relajarse: realizar actividades que permiten renovarte física y psicológicamente como descanso, vacaciones, técnicas de relajación, etc.
- Hacer ejercicio.
- Mantener una dieta saludable.
- Ser asertivo: aprender a decir no.

- Organizar nuestro tiempo.
- Intentar mantener expectativas realistas.
- Compartir las emociones.
- Anticipar las situaciones estresantes y prepararse.

5 Discusión-Conclusión

El celador por su trabajo esta expuesto al síndrome de Bornout. Es necesario que las organizaciones de salud pongan en marcha programas de intervención a nivel organizativo. Se deben de poner en practica medidas para prevenir la aparición del burnout y poner en marcha mecanismos para prevenir los posibles casos.

6 Bibliografía

1. El celador en la sanidad. CARPE DIEM 2010.
2. Prevencion de riesgos y accidentes laborales. Carpe diem 2011.
3. www.elsevier.es
4. www.fgalatea.org.

Capítulo 49

CELADOR Y RIESGOS LABORALES. EL MOBBING Y SUS CONSECUENCIAS.

MARGARITA FERNANDEZ PULGAR

1 Introducción

El mobbing está recogido dentro de los riesgos labores como un riesgo de naturaleza psicosocial. Según estudios realizados, en las empresas privadas es menos frecuente padecer mobbing, siendo más habitual en las empresas públicas y dentro de estas se encuentra el sector de la enseñanza, la sanidad y las Administraciones Públicas.

Pero, ¿qué es el mobbing?.

La palabra procede del verbo inglés to mob, que significa atacar con violencia, acosar, asaltar, y fue introducido por vez primera en 1973 en un estudio realizado por el teólogo Konrad Lorenz. Pero realmente quien la dio a conocer fue el psicólogo y escritor Heinz Leymann en el año 1986, como consecuencia de un estudio que realizó sobre el ámbito laboral y sobre el que escribió un libro. Se podría definir, dentro del ambiente laboral, como la situación por la que un trabajador se convierte en una víctima, siendo acosado por una o más personas de su entorno profesional.

Según los estudios realizados al respecto, las mujeres son las que más sufren mobbing, pudiendo ser este acoso de tipo sexual., pero ningún trabajador está libre de sufrirlo, y como mencionamos anteriormente es frecuente en el entorno sanitario.

Podemos diferenciar 3 tipos de mobbing.

1. Ascendente:

- Implica la categoría profesional, de abajo a arriba.
- Hablamos de mobbing ascendente cuando un empleado de una categoría inferior acosa a un jefe con categoría superior.
- Suele ocurrir cuando se incorpora alguien nuevo a un puesto superior o cuando un trabajador de igual categoría es ascendido profesionalmente, generando rechazo entre sus compañeros (acoso colectivo).

2. Horizontal:

- El mobbing horizontal es el tipo de acoso laboral que se produce entre compañeros de un mismo nivel profesional.
- Puede ser un acoso por parte de uno o más compañeros de trabajo.

3. Descendente:

- Es el acoso más habitual, y se produce cuando el trabajador es acosado por un profesional de mayor rango, aprovechando así el puesto que ocupa para poder llevar a cabo los ataques.

Las causas del mobbing pueden ser varias:

- Causas empresariales: el acosador la usa como una medida ejemplar con el fin de hacer más manipulables al resto de trabajadores. También es habitual usar este tipo de acoso para hacer que el trabajador abandone voluntariamente la empresa.
- Causas personales: para mí son las más difíciles de asimilar. El acosador “disfruta” acosando, porque ejerce un control total sobre el acosado, volviéndolo totalmente sumiso. Los celos personales, la envidia tipo familiar o económica por parte del acosador le lleva a hostigar a su víctima y además disfruta con ello, no le genera sentimiento de culpa ni remordimientos.
- Causas profesionales: el acosador siente envidia profesional y acosa a su víctima por un ansia de poder y ascenso en el ámbito laboral.
- Causas discriminatorias: son las que ejerce el acosador por un motivo discriminatorio físico, racial o de género. Actualmente frente a estas causas existe una sensibilización social muy grande.

2 Objetivos

Reflexionar sobre algunos aspectos el acoso laboral y sus consecuencias. Sobre si nos podría pasar a nosotros y si podríamos evitarlo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El mobbing o acoso laboral tiene unas consecuencias tanto físicas como mentales que, aparte de afectarnos a nosotros mismos también afectan a nuestro entorno familiar y profesional. En el ámbito laboral sufriremos bajo rendimiento en el trabajo, apatía, absentismo y desprestigio profesional. En el ámbito familiar y entorno social repercutirá e nuestra manera de relacionarnos, con desconfianza, profunda tristeza, ansiedad, problemas de sueño, etc. En algunas ocasiones puede llevar al acosado al suicidio.

La persona que sufre mobbing laboral pasa por una serie de fases:

- Fase 0: es la fase inicial, en la que no se produce todavía ninguna agresión, si no que este se gana la confianza de la víctima, con halagos, incluso dentro de su entorno privado. Existe una relación idílica entre la víctima y el futuro acosador.
- Fase 1: ante un problema, una incidencia, opiniones encontradas o un malentendido, el acosador pone en marcha el mobbing. Aquí la víctima se siente muy confundida, puesto que en la fase 0 existe una relación de sintonía con el acosador.
- Fase 2: es el mobbing en estado puro. Empiezan las agresiones verbales, los ataques, los abusos y el maltrato psicológico, con el objetivo de someter a la víctima, realizándose de forma insignificante para el acosador. El acosado se siente en un estado de negación, no puede creer lo que le está pasando, e incluso puede llegar a no darle importancia y pensar que puede ser culpa suya.
- Fase 3: en esta fase ya afecta al entorno laboral, empeoran las relaciones con los compañeros, suelen asignarle a la víctima los peores trabajos a realizar.
- Fase 4: aquí es donde el problema se pone en conocimiento de la empresa, dando lugar a la intervención de esta en el conflicto.
- Fase 5: en esta fase la víctima de mobbing no puede más, está prácticamente destruida. Su salud ya está afectada tanto mental como físicamente. Se siente vulnerable, débil e incomprendido, y es en este punto donde se producen las bajas

laborales y también se lleva a cabo el despido o el abandono laboral voluntario.

- Fase 6: la víctima recibe ayuda para recuperarse, con un asesoramiento tanto médico y psicológico, como jurídico. A veces, no llega nunca a recuperarse debido a la baja autoestima.

5 Discusión-Conclusión

Se debe identificar el mobbing en la fases más tempranas para poder recibir tratamiento y asesoramiento de manera individual, que nos ayude a no caer en las consecuencias más graves.

- Debemos rodearnos de personas que nos apoyen tanto profesionalmente como emocionalmente, y no dudar en pedir ayuda.
- Saber gestionar nuestras emociones y no acobardarnos ante la situación.
- Hacer frente al acosador, ya que este suele ser de por sí una persona cobarde que se crece ante la acción de acosar.
- Documentarnos, buscar información sobre el acoso laboral nos ayudará a entenderlo y por lo tanto a afrontarlo, buscando ayuda incluso por la vía judicial para conocer nuestros derechos y ponerlo en conocimiento de nuestros superiores.
- Debemos tener en cuenta cuáles son únicamente nuestras funciones laborales y no realizar aquellas que no entren dentro de nuestra competencia.
- Tener presente que no hay un perfil único de acosador y acosado.
- Hemos de tener en cuenta que todos podemos ser víctimas de mobbing laboral.

6 Bibliografía

1. Temario para celadores Campus Salud, capítulo riesgos laborales.
2. cuidateplus.mania.com
3. mperedapsicologia.com
4. psicologiyamente.com
5. www.sanitas.es

Capítulo 50

RIESGOS DE UN CELADOR EN EL TRABAJO LIGADOS A LAS CONDICIONES PSICOSOCIALES

MARCOS SANCHEZ CASERO

1 Introducción

El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización y se experimentan vivencias negativas asociadas al contexto laboral.

El Burnout o quemamiento, es un síndrome que aparece como una respuesta al estrés laboral prolongado, puntualmente cuando las demandas laborales exceden la capacidad de respuesta de una persona. Quienes lo padecen se sienten agotados, cansados, desgastados emocionalmente y de allí la expresión de estar quemado.

2 Objetivos

Conocer cuáles son los factores estresantes que provocan el síndrome de agotamiento emocional y estrés laboral y cuáles son sus síntomas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen varios factores que pueden generar estrés. Entre los relacionados con la actividad laboral, se encuentran la presión de la actividad, el ámbito de trabajo, los vínculos con los superiores y/o compañeros y los factores personales.

Los síntomas más frecuentes son sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia, baja autoestima, estado permanente de nerviosismo, dificultad para concentrarse, comportamientos agresivos, dolor, taquicardia, insomnio, bajo rendimiento, absentismo laboral, impaciencia e irritabilidad.

5 Discusión-Conclusión

La violencia en el lugar de trabajo atenta contra la dignidad y los derechos del trabajador. La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo nos advierte de que los trabajadores pueden sufrir graves consecuencias dependiendo del tipo de agresión, desde la desmotivación profesional hasta el estrés, los daños físicos y psíquicos. Es en la empresa donde se debe tomar la primera medida, evaluando las situaciones que generan estrés y ansiedad en el trabajador.

El Síndrome de Burnout es una enfermedad que trastorna la calidad de vida familiar, social y laboral de quien lo padece. Es necesario la prevención y la preparación del trabajador en esta materia, ya que se mejoraría el índice de satisfacción personal y rendimiento en el trabajo. Es imprescindible identificar los factores causantes de este problema de salud, así como introducir medidas de prevención y/o de tratamiento a quienes lo requieran.

6 Bibliografía

1. Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias, 11, 4, 305-309.
2. Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado. Enfermería en Costa Rica, 31, 2-7.

3. Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23, 1, 43-51. © 2015. Asociación Costarricense de Medicina Legal y Disciplinas Afines Vol. 32 (1), Marzo 2015. ISSN 1409-0015 *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*
4. Quinceno, J. M. y Alpi, V. S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*,
5. Korczak, D., Huber, B. & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome, *GMS Health Technology Assessment*, *Psicológica*.
6. A. P. Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, USA: Asociación Americana de Psiquiatría.
7. Gil, P. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*.
8. Danhof, M. B., Van Veen, T. & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 505–524.
9. Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., Thomas, M. R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J. & Shanafelt, T. D. (2010). Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students, *JAMA*,
10. Cohen, J. S., Leung, Y., Fahey, M., Hoyt, L., Sinha, R., Cailler, L., Ramchandar, K., Martin, J. & Patten, S. (2008). The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC Res Notes*.
11. Díaz, S. (2004). Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L, de agosto a octubre de 2004. *Acta Médica Costarricense*,
12. Millán, R. y Mesén, A. (2009). Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense*.
13. Gamboa, M., Herrera, G., Aguilar, J. y Arias, R. (2013). Síndrome de Burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva en el año 2009. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 606, 195-201.
14. Quinceno J. M. y Alpi, V. S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 117-125.
15. Romani, M. & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*,
16. Gil, P. R., Unda, S. y Sandoval, J. (2009). Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), en una

muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 31, 205-214.

17. Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California, USA: Palo Alto

18. Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E. y Mingote, J. C. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria*

Capítulo 51

EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano es un síntoma muy característico del auxiliar administrativo ya que se relaciona con trabajos o actividades que tengan movimientos manuales muy repetitivos y de vibración (movimientos repetidos de mano y muñeca). No podemos olvidar que el auxiliar administrativo tiene que utilizar continuamente las manos para poder realizar su trabajo en el ámbito hospitalario, haciendo informes, pedidos, citando pacientes, en fin, podemos decir que las manos es el instrumento principal de este profesional en este ámbito, aunque también realice otras tareas.

La afección del túnel carpiano es un trastorno nervioso, que puede provocar entumecimiento, hormigueo, debilidad, o daño muscular en la mano y dedos, y también sensación de descarga eléctrica.

2 Objetivos

Reconocer los síntomas así como las recomendaciones para evitar este síndrome.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en buscador científico PubMed, utilizando palabras clave como: enfermedad, túnel carpiano, auxiliar administrativo, síndrome, etc. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática.

4 Resultados

Los síntomas son muy variados; desde la sensación de un pequeño entumecimiento u hormigueo leve en los dedos especialmente en el pulgar, el índice y el dedo del medio, llegando incluso a la pérdida de sensibilidad en la mano. Siendo más frecuente que estos síntomas aparezcan por la mañana.

Todo profesional para evitar este síndrome, necesita saber de las siguientes recomendaciones:

1. Evitar levantar cosas pesadas.
2. Se debe evitar al descansar tener las muñecas dobladas es mejor mantenerlas libres de presión en todo momento.
3. En nuestro trabajo al utilizar constantemente el ordenador es importante el empleo de almohadillas acolchadas en las que apoyar la muñeca al sostener el ratón.
4. Estirar las muñecas de manera regular durante la jornada de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La actividad laboral influye en su etiología y se observa con relativa frecuencia, en profesiones administrativas que en su trabajo están la mayor parte del tiempo efectivo en el ordenador, por lo tanto se puede llegar a reconocer la enfermedad del Síndrome del Túnel Carpiano como una patología profesional, es decir, que sea como consecuencia del trabajo.

En el trabajo, diariamente se realizan movimientos repetitivos que comprometen miembros superiores y una posición corporal relativamente fija, que al interactuar con elementos y herramientas que requieren amplitud de movimientos y posiciones en las manos y muñecas provocan traumas que son considerados hoy día como enfermedad profesional.

6 Bibliografía

1. I.J. Núñez-Gil, M. Molina, E. Bernardo, B. Ibáñez, B. Ruiz-Mateos, J.C. García-Rubira. [Viviendolasalud.com/ enfermedades/ túnel carpiano](http://Viviendolasalud.com/enfermedades/túnel_carpiano).
2. Técnicas Básicas de Enfermería. McMillan Education. Autores: Regina Cardelús y otros.
3. Hocking B. Epidemiological aspects of "repetition strain injury" Australia. *Med J Aust*. 1987.
4. Helliwell PS, Taylor WJ. Repetitive strain injury. *Postgrad Med J*. Bongers PM, de Vet HC, Blatter BM. RSI: Vóórkomen, ontstaan, therapie en preventie [Repetitive strain injury (RSI): occurrence, etiology, therapy and prevention].
5. Bureau of Labor Statistics News, United States Department of Labor.
7. Worktime Injuries and Illnesses: Characteristics and Resulting Days Away From Bernard B, Sauter S, Fine L, Petersen M, Hales T. Job task and psychosocial. Conde JV. *Ergonomía y medicina del trabajo*, 1996.
8. Cirugía Plástica. Nathan PA, Keniston RC, Meadows KD, Lockwood RS. The relationship between body mass index and the diagnosis of carpal tunnel syndrome.

Capítulo 52

LA TRANSPARENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA CRISTINA DÍAZ VILAS

1 Introducción

Abordaremos los aspectos básicos de la transparencia desde el punto de vista de la llamada publicidad activa. Esto es, desde la obligación establecida por la legislación española de diseñar un portal específico dirigido a ofrecer a la ciudadanía información relacionada con los distintos segmentos de actuación de las administraciones sanitarias.

Es fundamental que la ciudadanía sea capaz de entender cómo es la organización básica de la estructura de gobierno y de la administración sanitaria. En este sentido, no es absolutamente inusual el hecho de que el ciudadano ande perdido a la hora de localizar un determinado centro sanitario, o de identificar una determinada función. De ahí que la claridad en la información organizativa sanitaria puede resultar estratégica no sólo desde la perspectiva de la transparencia sino desde la de una mejor gestión de la organización.

Los portales de transparencia, y los espacios de participación, permiten disponer de herramientas que generalizan los procesos de información pública y debate. Estos procesos se realizarán en dos etapas:

- La primera se dedica exclusivamente a desarrollar un juicio de oportunidad, se pregunta a la ciudadanía si considera adecuado o no abordar el desarrollo normativo.
- En la segunda fase en cambio se puede producir un verdadero debate participativo en torno al contenido de la norma.

El desarrollo de la transparencia exige seguir ciertas metodologías en su implementación. Se trata de un esfuerzo considerable que no es posible sin el compromiso integral de toda la organización. Desde este punto de vista, todos y cada uno de los empleados sanitarios tenemos el ineludible deber de poner nuestro granito de arena a la hora de garantizar que el objetivo de la transparencia sea alcanzable. Las unidades de información, los desarrolladores de la web, aquellos que mantienen la información actualizada en la misma, dependen de todas y cada una de las personas que trabajan la organización para alcanzar resultados positivos. En este sentido, no sólo se trata de una decisión política en sentido fuerte de los altos dirigentes de la organización sanitaria, se trata de que todos y cada uno de nosotros pongamos nuestro pequeño esfuerzo.

2 Objetivos

- Ofrecer claridad en la información. La información se presentará una manera clara, estructurada y entendible por los interesados.
- Usar formatos reutilizables.
- Garantizar la accesibilidad para personas con necesidades especiales.
- Proporcionar información debe ser de calidad.
- Ofrecer un portal útil que garantice la identificación y localización.

3 Metodología

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

4 Resultados

El proceso de implementación usualmente depende de tres etapas.

La primera etapa es el análisis. El objetivo de esta etapa pasa por la identificación de los recursos humanos en el plano político y técnico, así como la configuración de los equipos humanos que asumirán la responsabilidad de crear y mantener el

portal de transparencia. Asimismo, procederá recabar la información, los elementos materiales, que integran el Portal. Esta etapa puede resultar de una enorme complejidad ya que implica no sólo localizar la información sino asegurarse de que esta ha sido adecuadamente catalogada y clasificada, que no contiene ningún elemento que pueda repercutir negativamente en los derechos de terceros, que posee la calidad adecuada y, finalmente, que se ha preparado en los formatos que la hagan consultable y reutilizable.

La segunda etapa se denomina diseño e implementación. Esta es la fase en la que se diseña el portal y se integra la información en el mismo.

Por último se encuentra la etapa de mantenimiento. La transparencia posee un carácter dinámico que obliga integrar, o retirar información. Por ello, es fundamental definir un proceso de mantenimiento que al menos sea capaz de considerar tres objetivos:

- Asegurar la debida actualización de la información.
- Plantear la inclusión de la información más usualmente solicitada.
- Ser capaces de adoptar nuevas decisiones de diseño a partir de la experiencia adquirida.

La mejora de la calidad y la transparencia de la administración sanitaria tiene un impacto en la salud de la población a través de las políticas, la gestión de las organizaciones y de la práctica clínica.

En el sector público, tener acceso a los datos de la administración garantiza la transparencia, la eficiencia y la igualdad de oportunidades, a la vez que crea valor. Además, la comparación entre centros sanitarios y la retroalimentación de los resultados de forma transparentes a los profesionales y a la ciudadanía contribuye directamente a la mejora en los resultados. La información sistemática y estructurada, orientada a la consecución de los objetivos que utilice indicadores válidos, específicos y compartidos representa un activo intangible de enorme importancia para la gestión de los sistemas de salud.

Esta información tiene dos utilidades principales: permite la evaluación y la rendición de cuentas. La evaluación es necesaria para que el sistema de salud haga frente a los nuevos retos sociales (nueva ciudadanía), demográficos (envejecimiento) y sanitarios (avance tecnológico, enfermedades emergentes) que surgen continuamente. También es crítica para la planificación sanitaria y la implantación de un sistema de salud basado en la sostenibilidad y la mejora de la efectividad, eficiencia, equidad y calidad asistencial.

La transparencia en las decisiones políticas y la rendición de cuentas en la gestión de recursos públicos es una exigencia de los ciudadanos y una obligación democrática y ética de las administraciones públicas. No sólo eso, sino que la información que se recoge da lugar a nuevas formas de generar conocimiento, en especial cuando se conjugan múltiples fuentes de datos (genéticos, medioambientales, socioeconómicos, etc.) y estos se ponen a la disposición de la ciudadanía. De este modo, la información disponible se convierte en un activo muy valioso a la hora de planificar y evaluar, pero también para terceros, especialmente en investigación y potenciando el uso de datos abiertos. Las TIC son herramientas clave para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y la salud de la ciudadanía, facilitan la tarea de los profesionales y hacen que los centros sanitarios sean más eficientes.

La mejora de la calidad y la transparencia del Gobierno Sanitario tiene un impacto también en la salud de la población a través de las políticas (de salud e intersectoriales), de la gestión de las organizaciones y de la práctica clínica, ya que aumenta la productividad y mejora los resultados en salud. Que la inversión pública sea acertada, que los recursos humanos sean los más cualificados, que los costes de provisión de servicios sean menores y se estimule la competencia por comparación en resultados con factores claves.

5 Discusión-Conclusión

Existe finalmente un obstáculo que es sin duda cultural. La transparencia generará dificultades porque se quiera o no es un poco más de trabajo en administraciones sanitarias ya saturadas, con plantillas disminuidas en un momento de desinversión. Sabemos, que muchos pensarán en los costes. Sin embargo, deberíamos preguntarnos cuál es el retorno. Transparentar nuestra casa implica muchas cosas. Obliga a una labor de introspección, a una reflexión operativa de la que sin duda surgirán mejoras.

Transparentar nuestra administración sanitaria supone aceptar el reto de descubrir y de descubrirse. De pensar en quienes somos, en lo que hacemos y en cómo lo vamos a mostrar. Transparentar nos ofrece el reto inestimable de recuperar nuestro orgullo, de demostrar a la ciudadanía quiénes somos y lo que hacemos, de enseñar a voz en grito si falta hiciera que somos servidores públicos, que cada día nos dejamos la piel en nuestro puesto de trabajo para tener una sanidad mejor. Que no somos en absoluto ajenos a la ciudadanía, que somos ciudadanía, y que trabajamos con ella y para ella.

6 Bibliografía

1. Ley 19/2013, de 9 diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
2. Ley 8/2018, de 14 de septiembre, de Transparencia, Buen Gobierno y Grupos de interés.
3. Ley 40/2015, de 1 octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. <http://asocex.es/>
Asociación de Órganos de Control Externo Autonómicos.
4. Portal de transparencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
5. Portal de transparencia del Administración General del Estado
6. Portal de transparencia del Principado de Asturias.
7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
8. <https://www.scielo.org/es/>
9. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 53

CARACTERÍSTICAS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL NO SANITARIO

JERONIMO GARCIA VELASCO

1 Introducción

Los riesgos psicosociales son los factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico, emocional, cognitivo y conductual. Pueden ser precursores de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración.

El personal no sanitario se encuentra sometido a una fuerte tensión laboral que le convierte en un sector notablemente sensible a los riesgos psicosociales.

2 Objetivos

Identificar los factores psicosociales que se presentan en el personal no sanitario y sus características.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica para conocer el estado de investigación sobre el tema. Se utilizan diferentes bases de datos: Dialnet, Scielo y PsycInfo, empleando como descriptores: prevención, riesgo psicosocial y profesionales sanitarios.

Los filtros aplicados: intervalo de tiempo 2003-2018, idioma español, disponibilidad de texto completo.

4 Resultados

Los riesgos psicosociales se componen de factores como las características de trabajo y la organización laboral, que afectan a la salud de los trabajadores. Entre estos factores están las características de la tarea, estructura de la organización, características del empleo y del centro sanitario, la organización del tiempo de trabajo, así como la calidad de las relaciones laborales. Estos factores no sólo se componen de variables del entorno laboral, sino que también influyen las experiencias y percepciones del trabajador.

Los principales resultados muestran que el personal no sanitario está expuesto a situaciones desfavorables para la salud como el exceso de exigencias psicológicas al tener que trabajar muy rápido, de forma irregular y junto a situaciones vividas que hacen que sus emociones tarden en aflorar. Por otro lado, está la inseguridad a la hora de cambios de turnos, horas de trabajo y sueldo.

Los riesgos psicosociales están incluidos en el deber general de protección y en los principios de la actividad preventiva, aunque es difícil establecer medidas de prevención, ya que en éstos influyen las características personales del trabajador y además, los efectos de los factores de riesgo pueden manifestarse diferidos en el tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos psicosociales no es un tema secundario en la salud laboral. En la actual situación organizativa del personal no sanitario son uno de los grandes problemas. La gran ventaja que tiene la lucha contra ellos es que nadie discute su importancia y las formas de intervención pueden ser más precisas, aunque no hay que olvidar que su naturaleza es dinámica y puede ser cambiante.

Este tipo de riesgos, en muchas ocasiones nos dan múltiples referencias del funcionamiento de un servicio sanitario, poniendo en evidencia la atención y valoración de los servicios hacia sus trabajadores, por este motivo cada vez son más los estudios de investigación acerca de los riesgos psicosociales en el entorno sanitario, debido al interés de las organizaciones en mejorar la calidad de vida de sus empleados y poder así lograr la excelencia.

En estas investigaciones ha tenido un papel fundamental el síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout), considerado como una patología provocada del trabajo y que aparece como consecuencia de un estrés crónico, provocando una disminución de las aptitudes en el desempeño de la práctica profesional, con la consiguiente aparición de diferentes problemas de salud en quien lo sufre y perjudicando a las organizaciones y por lo tanto a la sociedad, en este caso, a los pacientes y usuarios.

La cultura de la prevención necesita un mayor apoyo jurídico, social y fundamentalmente cultural, esto se consigue trabajando en equipo para conseguir una mayor potenciación de la cultura preventiva.

6 Bibliografía

1. Giner Alegría, C.A. (2012). Evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo.
2. Castro Méndez, N.P. (2018). Riesgos psicosociales y salud laboral en centros de salud.
3. Moreno Jiménez, B; Báez León, C. (2011). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas.
4. Ruiz Calatrava, R. (2010). Aspectos básicos de los riesgos psicosociales.
5. Fidalgo Vega, M. (2006). Síndrome de estar quemado por el trabajo o «burnout» (II): consecuencias, evaluación y prevención.
8. Gracia Camón, D. A. (2003). Criterios objetivos para la evaluación de la carga de trabajo derivada de factores psicosociales y organizacionales.

Capítulo 54

IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA EN EL PERSONAL NO SANITARIO

JERONIMO GARCIA VELASCO

1 Introducción

El término ergonomía deriva de las palabras griegas: ergo (trabajo) y nomos (leyes, reglas). Por lo tanto, en el estricto sentido de la palabra, significa leyes o reglas del trabajo. Fue introducida en 1949 por el psicólogo británico K.F.H. Murrell, cuando un grupo de científicos se reunió en Inglaterra para formar la Sociedad de Investigaciones Ergonómicas. La idea fue reunir a ingenieros, fisiólogos, anatomistas, psicólogos, higienistas industriales, arquitectos, profesionales del área de la salud, en definitiva, personas con intereses en el comportamiento humano en el trabajo.

Fue en 1969, cuando Murrell señala la razón que lo llevó a proponer la palabra Ergonomía en su libro *Ergonomics*, plantea que es una palabra simple, que se puede traducir a cualquier idioma y que no otorga atribuciones a ninguna especialidad en particular, lo que resalta su carácter multidisciplinar.

La Sociedad de Ergonomía define esta disciplina como el estudio científico del hombre en su trabajo, particularmente con la aplicación de conceptos de anatomía, fisiología y psicología humanas en el diseño del trabajo. Con los años, algunos especialistas en el tema han considerado que esta definición es restrictiva y han propuesto otras más de acuerdo con su carácter interdisciplinario. Entre ellos, J. Zander en 1986 señala que «la ergonomía es el estudio del hombre en el trabajo, con el propósito de lograr un óptimo sistema hombre-tarea, en el cual

pueda mantenerse un adecuado balance entre el trabajador y las condiciones laborales». En otras palabras, la Ergonomía es una disciplina que actúa como un puente entre la biología humana y la ingeniería, poniendo a disposición de ésta últimos conocimientos de las capacidades y limitaciones humanas que deben ser utilizadas para un buen diseño del trabajo.

En definitiva, la Ergonomía es una multidisciplina preocupada por la adaptación del trabajo al hombre. Su desarrollo es bastante reciente en nuestro medio, existiendo una gran necesidad de que los profesionales de la salud instauren criterios ergonómicos en sus actividades, debido a la existencia de un conjunto de patologías que pueden ser desencadenadas o agravadas por el trabajo. En estos casos, los tratamientos pueden no ser efectivos si no se corrigen las causas que los generan. Desde este punto de vista, es muy importante incluir en la formación de los profesionales de la salud conceptos de Ergonomía, puesto que si los agentes causales persisten en el ambiente laboral, los tratamientos no serán efectivos y los trabajadores seguirán manifestando síntomas que influyan de forma negativa en su bienestar físico y mental.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos físicos más comunes que se pueden producir en el ambiente sanitario, comprobando si éstos son los más frecuentemente alegados como causa de riesgo laboral, y si además son la causa más frecuente de accidentes de trabajo.
- Analizar la finalidad de la ergonomía como objeto de mejorar la eficiencia y la seguridad en el trabajo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica para conocer el estado de investigación sobre el tema. Se utilizan diferentes bases de datos: Dialnet, Scielo y PsycInfo, empleando como descriptores: ergonomía, riesgos físicos y personal no sanitario. Los filtros aplicados: idioma español y disponibilidad de texto completo.

4 Resultados

Los riesgos ergonómicos están asociados a lesiones osteomusculares, siendo éstas las enfermedades profesionales más frecuentes y la primera causa de invalidez

permanente. Las alteraciones músculo esqueléticas incluyen un gran número de lesiones en músculos, tendones, nervios, articulaciones, ligamentos, etc., localizadas generalmente en la espalda, cuello, hombros, codos y muñecas.

En ocasiones, el espacio del que se dispone para realizar las actividades laborales no cumple los criterios ergonómicos. Para prevenir los riesgos físicos se debe diseñar el puesto de trabajo para no perjudicar al trabajador, se debe disponer de mobiliario, equipos de trabajo y maquinaria adecuada al personal que los utiliza.

Se debe evitar adoptar posturas extremas y no realizar esfuerzos prolongados ni fuerza excesiva. Para ello se deben alternar posturas de pie-sentado si es posible, e intercalar pausas y descansos, también alternar una rotación de tareas para que se utilicen diferentes músculos y disminuir la monotonía.

El principal objetivo que persigue la ergonomía es mejorar la calidad de vida del trabajador, definiendo los límites de actuación de la persona y detectando y corrigiendo los riesgos. Específicamente, habrá que analizar los riesgos físicos existentes en las actividades realizadas por el personal no sanitario y cambiar la forma de actuación cuando sea necesario para reducir o eliminar los riesgos existentes.

Es necesario realizar una investigación ya que estudios anteriores indican que muchas lesiones y accidentes de trabajo se pueden reducir o eliminar corrigiendo errores, ya sean producidos por el propio personal o bien por las incorrectas instalaciones o maquinaria. Por todo ello, es muy importante recordar los principios de la acción preventiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales:

- Será el empresario el que deba evitar los riesgos.
- Evaluará aquellos riesgos que no se pueden evitar.
- Combatirá los riesgos en su origen.
- Adaptará el trabajo a la persona, no la persona al trabajo.
- El empresario debe tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- También deberá realizar una planificación de la prevención.
- Anteponer la prevención colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales que trabajan en el sistema sanitario están sometidos a una serie de riesgos ergonómicos que no sólo les afectan individualmente en el desempeño de sus funciones, sino que tiene una incidencia social notable puesto que su trabajo de asistencia sanitaria repercute directamente en los usuarios. El principal problema con el que se encuentran estos profesionales es la falta de prevención en la adopción de medidas ergonómicas, prevaleciendo las correctivas que se establecen una vez que muchos de los daños físicos y emocionales ya están latentes.

La ergonomía en el sector sanitario tiene una gran repercusión social ya que los profesionales de la salud trabajan con y para las personas en situaciones especialmente vulnerables. Este tipo de riesgos son casi más importantes que otros que conciernen a aspectos de seguridad e higiene, ya que sus consecuencias se mantienen en el tiempo, siendo mucho más dañinas para un Sistema sanitario y para la Sociedad.

Cada vez son más numerosos los estudios acerca del fenómeno de la ergonomía en el ámbito sanitario, todos coinciden en incluir en los trabajos de investigación una medición del grado de satisfacción laboral que presentan los profesionales, teniendo en cuenta que guarda relación directa con las bajas retribuciones o la dureza física o psicológica de las tareas que desempeñan los profesionales.

Muchos de los problemas que surgen en la actualidad de carga de trabajo en el ámbito sanitario tienen su origen en el diseño, si éste es inadecuado, afecta a la carga de trabajo físico, mental y psicosocial.

En resumen, el Sistema sanitario debe invertir en la mejora ergonómica para la calidad de sus instalaciones y disminuir el riesgo de lesiones de sus trabajadores, cuidar a los que cuidan y sensibilizar de la importancia que tiene cuidarse para cuidar.

6 Bibliografía

1. Miguélez Garrido, M. H. (2001). Ergonomía y diseño del puesto de trabajo.
2. Castillo Alonso, J.J, Villena López, J. (1998). Ergonomía: concepto y métodos.
3. Jouvencel, M.R. (1994). Ergonomía básica aplicada a la Medicina del Trabajo.
4. Regatero Carrascosa, A. (2009). La Ergonomía hospitalaria y la necesidad de prevención.

Capítulo 55

EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN HOSPITAL

ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES

1 Introducción

La realización de un estudio más amplio, analiza la satisfacción e insatisfacción de los usuarios de un hospital general, vinculándola a sus expectativas. Pretende conocer el grado de satisfacción de los usuarios, a partir de la opinión de estos y a través de la exploración de cinco áreas diferentes: tangibilidad, fiabilidad, interés, capacidad de respuesta, garantía, empatía.

2 Objetivos

Conocer el grado de satisfacción de los usuarios de un hospital.

3 Metodología

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

El diseño es observacional, descriptivo, dentro de la categoría de no experimental. En cuanto a su temporalidad, hay que definir el trabajo como transversal. La

unidad de análisis, se centra en la satisfacción de los usuarios atendidos en el centro, a partir de sus expectativas. Siendo el objeto del estudio causas generadoras de insatisfacción. La población se compone de pacientes que han sufrido un proceso de hospitalización. Los subgrupos son tres, según el área donde han sido hospitalizados: materno-infantil, médica y quirúrgica. Se excluyen las unidades de psiquiatría y UCI por sus connotaciones particulares.

4 Resultados

Se han obtenido los datos descriptivos y realizado un procedimiento inferencial para determinar los parámetros estadísticamente significativos de las variables estudiadas en la población. Se ha distinguido entre categorías cualitativas para analizar y obtener el perfil del usuario satisfecho e insatisfecho de un hospital.

5 Discusión-Conclusión

Las causas de satisfacción e insatisfacción son diferentes de acuerdo al perfil del usuario, siendo variables muy definidas la edad y el nivel de estudios las determinantes de la insatisfacción. Hay claros nichos de insatisfacción en determinados servicios del centro de acuerdo a características estructurales y de procedimiento, especialmente de relación profesional-usuario.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134282X03776386&r=256>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 56

PLAN DE ACOGIDA A LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL

ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES

1 Introducción

El primer contacto con los profesionales sanitarios es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente y de la familia durante el proceso de hospitalización y su grado de satisfacción. Por ello, la interacción que se establece en el proceso de acogida, ofrece oportunidades para desarrollar la relación de confianza profesional-paciente, facilitando la comunicación entre ellos, así como su integración en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

- Presentar a los pacientes la organización en la que van a ser atendidos.
- Informar de los recursos de que dispone el hospital.
- Hacer su estancia lo más agradable posible.

3 Metodología

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

4 Resultados

Creación de un plan de acogida a los pacientes que incluye:

- Actualización de la guía de información para pacientes y sus familiares.
- Diseño de un protocolo para la custodia de efectos personales.
- Diseño de un protocolo de admisión del paciente que contempla su tránsito desde el servicio de admisiones hasta la habitación asignada, la información que se le suministra sobre el funcionamiento y distribución de la unidad, la entrega de ropa y material de aseo, la valoración al ingreso y la identificación mediante pulsera.
- Evaluación mensual mediante entrevista a todos los pacientes que ingresan un día al azar.

Queda perfectamente definido quien es el responsable y cuáles son sus funciones en cada momento. Se ha ampliado y racionalizado la información que se le proporciona al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Esperamos que la información y tutela administrada al paciente durante su ingreso logren su satisfacción, aspecto que se encuentra pendiente de evaluación.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134282X03776386&r=256>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 57

LA EMPATÍA COMO FACTOR CLAVE EN EL ENTORNO SANITARIO

MARIA DEL MAR OBESO PUERTAS

1 Introducción

Según la definición del Diccionario de la Real Academia Española, la empatía es "la capacidad que tenemos de ponernos en el lugar de alguien y comprender lo que siente o lo que piensa". Empatizar en el entorno de profesionales sanitarios significa percibir en profundidad el significado especial y único que para cada enfermo en particular tiene su enfermedad. Para mantener una actitud empática, el profesional debe tener la habilidad de identificarse con la situación emocional del paciente, es decir, sentir como él.

2 Objetivos

- Empatizar como elemento fundamental en la relación terapéutica.
- Identificar las fases en que se dividen los actos de empatía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sobre la literatura científica existente, así como consulta de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A través de la empatía podemos sentirnos partícipes de la experiencia de otros, concretamente en el ámbito asistencial es clave como elemento de relación terapéutico. La empatía debe ser global, al ser entendida como la comprensión del sufrimiento psicológico, físico y social.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta es el equilibrio entre implicación y retirada emotiva, con el fin de evitar un hastío en el desempeño de los profesionales sanitarios y para no trabajar desde una excesiva distancia con el enfermo. Por todo ello, es tan primordial prestar atención a las emociones como al cuidado de los signos físicos, y el personal deberá estar suficientemente preparado para abarcar ambas dimensiones.

Se puede decir que después de la observación los actos de empatía siguen un patrón que se estructura entorno a tres fases que a continuación comentaremos:

1. Identificación de la persona y la situación.
2. Conciencia de la vulnerabilidad ajena.
3. Separación o restablecimiento de la distancia psicológica y emocional acortada por el primer momento.

5 Discusión-Conclusión

Si un profesional sanitario es capaz de empatizar correctamente con el enfermo, este último manifestará mayor satisfacción, lo que se traduce en una mayor receptividad de cara al tratamiento que se le deba prescribir, así como una mayor voluntad para entregar información sensible a fin de establecer su diagnóstico y cuidados. También se puede decir que se incrementa la participación y la educación del paciente, y se disminuye el malestar emocional, incrementándose la calidad de vida. Por último, decir que es de gran importancia que el profesional reconozca el lado emocional pero necesita situarse por encima de éste para otorgar la ayuda requerida.

6 Bibliografía

1. Ayuso Murillo D, Tejedor Muñoz L, Serrano Gil A. Enfermería Familiar y Comunitaria. Actividad asistencial y aspectos ético-jurídicos. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2015.

2. Báez Hernández, F.J., Nava Navarro, V., Ramos Cedeño, L. and Medina López, O.M. 2009. "El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería". *Aquichan*. 9 (2): 127-134.
3. Bermejo J. Relación de ayuda. En: García J. Alarcos F. 10 palabras clave en humanizar la salud. Verbo Divino. 2001.
4. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la asistencia sanitaria, 2016-2019. Madrid. 2016.
5. Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation, and Moral Development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697.

Capítulo 58

PREVENCIÓN CONTRA INCENDIOS

YOLANDA FERNÁNDEZ ZAPICO

1 Introducción

El fuego es una reacción química de combustión basada en fenómenos de oxidación-reducción, fuertemente exotérmicos que se manifiesta por un gran desprendimiento de luz y calor. El incendio es un fuego incontrolado. Sus efectos son generalmente no deseados, produciendo lesiones personales por el humo, gases tóxicos y altas temperaturas, y daños materiales a las instalaciones, productos fabricados y edificios. El fuego se produce cuando existen simultáneamente en el tiempo y el espacio los tres factores siguientes:

- Combustible.
- Carburante, normalmente el oxígeno del aire.
- Calor, que aporte la energía necesaria para activar la reacción.

2 Objetivos

- Identificar el tipo de fuego y sofocarlo lo antes posible siguiendo un plan de prevención y formación.

3 Metodología

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

Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: incendio, calma, extintores, alarma, señalización, organización, formación y prevención.

4 Resultados

El calor que se produce en la combustión se propaga de tres formas:

- Radiación: emisión continua de calor a través de ondas.
- Conducción: mecanismo de intercambio de calor que se produce de un punto caliente a otro más frío, a través de un medio conductor.
- Convección: es el proceso de transmisión de calor a través de un fluido en movimiento.

Para combatirlo deberemos:

- Organizar al personal: asignando a cada uno su función se evita el caos en caso de incendio.
- La extinción se haría por:
 - Enfriamiento.
 - Sofocación (supresión de oxígeno).
 - Inhibición (se interrumpe la reacción en cadena).
 - Alejamiento.

5 Discusión-Conclusión

Detección humana y detección automática para las zonas inaccesibles al humano.

Sistemas de protección:

- Pasiva.
- Señalización (visible y clara).
- Alumbrado de emergencia.
- Detección y alarma.
- Sistemas de extinción.

6 Bibliografía

- ASPY la seguridad y la salud de tu empresa. Incendios. 1 de marzo de 2018.
- Portal preventivo de Riesgos Labores. Riesgo de incendios. 2015.

Capítulo 59

RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS EN DESPACHOS

YOLANDA FERNÁNDEZ ZAPICO

1 Introducción

En primer lugar, definiremos la ergonomía como la disciplina que se encarga del diseño de lugares de trabajo, herramientas y tareas, de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacidades de los trabajadores que se verán involucrados.

En todo tipo de actividades, la utilización de ordenadores ha tenido un desarrollo considerable ya que se usa de forma permanente o temporal, asociado a otras formas de trabajo. Se deberá hacer un estudio multidisciplinar ya que hay que tener en cuenta diversos factores, tales como el ambiente visual, iluminación, condiciones dinámicas, acústicas, el análisis y estudio de datos antropométricos, dimensiones del puesto de trabajo, distribución del espacio del local, la organización del trabajo, especificaciones sobre mobiliario (pantalla, impresora, teclado, asiento).

Ahora vamos a fijarnos, de manera específica, en los requisitos básicos que todo puesto de trabajo en oficinas debería de cumplir.

2 Objetivos

- Evitar lesiones, contracturas, enfermedades en general, que se podrían mejorar con una buena postura en el trabajo.

- Tener en cuenta tanto las características del equipo como de las personas, buscando siempre la mejor adecuación entre ellas a la hora de diseñar un puesto de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: pantalla, teclado, reposamuñecas, mesa, mostrador, silla, postura, reposapiés, reposamuñecas y reflejos.

4 Resultados

- Mesa con dimensiones apropiadas para colocar todo lo necesario cómodamente.
- Reposamuñecas: reduce la carga estática en los brazos y favorece la alineación correcta de la muñeca. Ésta se consigue antebrazo, muñeca y mano forman una línea recta.
- Pantalla, al igual que el teclado, situada frente a ti a una distancia recomendada de los ojos de entre 50-55 cm y perpendicular a entradas de luz.
- Estar correctamente sentado, ajustando altura de la silla, revisando postura cada cierto tiempo y moviendo pies y piernas. Variando entre descansar los pies en el reposapiés, el suelo y las patas de la silla.
- Atril: al lado de la pantalla, a su misma altura y evitando reflejos de la ventana.

5 Discusión-Conclusión

Determinaremos la importancia de las diferentes tareas que vamos a realizar y ordenaremos los elementos de trabajo de forma que dichas tareas, realizadas con frecuencia se lleven a cabo cómodamente, es decir, dentro del alcance manual óptimo (espacio que, estando sentado y aproximado a la mesa, una persona abarca con sus brazos).

6 Bibliografía

- Recomendaciones ergonómicas y psicosociales. Trabajo en oficinas y despachos. UCM.es
- Protección de Riesgos Laborales en Hospitales. Encarna Abascal.
- Protección de Riesgos Laborales en trabajos de oficina. IAAP 2008.

Capítulo 60

CELADORA EMBARAZADA Y SUS RIESGOS LABORALES

KATIA VEGA GARCÍA

1 Introducción

El embarazo es una condición específica de la mujer, ya no solo en su inicio, sino también en su desarrollo. Durante esta etapa el cuerpo de la mujer sufre grandes cambios físicos y psíquicos que afectan tanto a la vida privada como a la profesional, por ello debería ser una fase en la cual se eviten las situaciones estresantes o tareas pesadas.

En la mayoría de los casos en una mujer embarazada, hasta el inicio del tercer trimestre de gestación no hay impedimento para continuar con la actividad laboral siempre y cuando se tengan en cuenta una serie de recomendaciones para prevenir riesgos derivados del trabajo; si existe riesgo de adaptará el puesto de la mujer celadora y de no poder adaptarse se le asignará otro puesto y si ésta última opción tampoco es viable se procederá a la suspensión del contrato por riesgo adelantando así la baja por maternidad.

Desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales recogidos en la ley 31/1995, para la celadora, se han de tener en cuenta diferentes factores de riesgo en su ámbito de trabajo, como son agentes físicos, biológicos, químicos, ergonómicos, que pueden llegar a afectar la gestación e incluso en casos extremos a la interrupción del desarrollo del feto.

2 Objetivos

- Evitar levantamientos de cargas pesadas, limitar las tareas que supongan posturas forzadas y cambiar de posición regularmente alternando estar de pie, andando y sentada.
 - Utilizar medios mecánicos y/o auxiliares para la manipulación y /o transportes de cargas.
 - Evitar las prisas durante el manejo de las sillas de ruedas, camillas, etc. con el fin de eludir los golpes y atrapamientos.
 - Utilizar la técnica correcta para movilización de enfermos y manipulación de cargas.
- Identificar los agentes que provocan un efecto nocivo para la madre y para el feto en el puesto de celadora.
- Conocer los agentes y las condiciones de trabajo que puedan suponer un riesgo durante la gestación y elaborar una serie de recomendaciones en materia preventiva hasta que se tramite la situación de riesgo por embarazo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Nos encontramos con diferentes factores de riesgo en la rutina laboral diaria de una celadora que trabaja ya sea en atención primaria ya sea en atención especializada, siendo éste último un factor de riesgo más elevado debido a que la atención especializada se lleva a cabo en hospitales que tienen por norma general más aglomeración de pacientes y familiares.

Detectamos así varios riesgos laborales a los que está sometido la profesión de celador, riesgos físicos, mecánicos, higiénicos, biológicos, químicos, etc.:

- Riesgos físicos: los más frecuentes en el trabajo son: ruido, vibración, radiaciones ionizantes y no ionizantes, frío o calor extremo. Entre los ambientes fríos una em-

barazada puede sufrir malestar general, disminución de la destreza manual e intelectual. Entre los ambientes calurosos pueden surgir calambres, agotamiento, deshidratación o golpe de calor. Podemos encajar aquí otros tipos de problemas que engloban tanto el problema físico como el psíquico pudiendo llegar la celadora embarazada a padecer estrés que está demostrado que puede como personal no sanitario y sí de gestión y servicios abarcan el ayudar y auxiliar al personal sanitario en sus labores como pueden ser pequeñas curas, el celador no maneja instrumental sanitario pero sí se rodea de él y es ahí donde está el peligro. Se deberá actuar con precaución al manipular objetos punzantes o cortantes para evitar sufrir heridas, las agujas ya utilizadas, así como los objetos punzantes o cortantes de un solo uso se depositarán en los correspondientes contenedores de seguridad para la eliminación de residuos destacar como muy importante que nunca se enfundarán de nuevo las agujas ya utilizadas, ni se doblarán ni se separarán manualmente de las jeringas.

-Riesgos ergonómicos: aquí entra en juego la manipulación de cargas bien a personas bien a objetos. La definición correcta de carga es: cualquier objeto susceptible de ser movido y en sentido estricto se considera carga las que superan los 3 kilos de peso. La manipulación manual de carga es cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la atracción o el desplazamiento, que por sus características inadecuadas entraña riesgo, en particular riesgos dorsolumbares, en el caso de la celadora embarazada puede ir más allá pudiendo llegar incluso a la interrupción del embarazo. Dadas las características derivadas de este tipo de trabajo pueden generar en la trabajadora una serie de trastornos o dolencias causadas por malas o forzadas posturas así es que vemos como principal objetivo que la ergonomía sea capaz de adaptar el puesto de trabajo a la persona reduciendo los efectos negativos que pueden acarrear en su salud. Cabe destacar que es también la propia celadora la que debe conocer perfectamente las normas generales sobre el manejo de cargas para evitar así los daños que se originan cuando la técnica se usa de forma incorrecta.

-Riesgos higiénicos: algunos productos químicos con los que puede estar en contacto la trabajadora que se almacenan y usan en los centros sanitarios y que pueden llegar a estar considerados como peligroso y especialmente nocivos para el entorno de la una embarazada. La manipulación de productos como esterilizantes, desinfectantes, citostáticos, e incluso productos de limpieza pueden tener un efecto tóxico sobre el organismo de la madre y del feto.

-Riesgos biológicos: se define como tal la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades que su transmisión puede ser por vía res-

piratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas.

-Riesgos mecánicos: pueden producirse en toda operación que requiera utilizar herramientas manuales, entre otras. Es aquel que produce lesiones tales como cortes, punciones. Abrasiones, contusiones, golpes por objetos desprendidos o proyectados, atrapamientos, aplastamientos o quemaduras.

Queda demostrado que una buena utilización de equipos de protección individual adecuados como batas, guantes, gafas o pantallas de seguridad, mascarillas, especialmente al realizar tareas en cuidado del paciente o bien que puedan aumentar la posibilidad de contacto con material biológico y químico, ayudan a prevenir los efectos que pueden llegar a surgir para la celadora y su bebé. Conseguimos también unos buenos resultados si adoptamos posturas correctas como son:

-Mantener la espalda recta, de esta manera se evita forzar los músculos lumbares, piernas flexionadas, así los cuádriceps y glúteos desarrollan toda su fuerza.

-Aproximarse lo suficiente al paciente y sujetarlo lo más cerca del cuerpo que sea posible.

-Ajustar la medida de la cama o frenar las sillas de ruedas.

-Pies separados que proporcionarán amplia base de apoyo.

-Evitar giros y movimientos bruscos, siempre es preferible deslizar o empujar a levantar.

Aplicadas las correcciones necesarias se consigue una disminución de las lesiones dorsolumbares y mejora la comodidad en el ambiente de trabajo reduciendo así el absentismo laboral y aumentando la calidad asistencial.

5 Discusión-Conclusión

El embarazo es una situación normal, un aspecto más de la vida cotidiana que en la actualidad muchas mujeres compaginan con su actividad laboral. La gestación, siempre y cuando transcurra sin patologías, no debe considerarse como una enfermedad, sino que hay que tomárselo con total naturalidad y tener en cuenta los cambios anatómicos y fisiológicos que se producen en el cuerpo de la gestante para adaptar y acondicionar el puesto en las mujeres trabajadoras. En función de las tareas concretas que está desarrollando la trabajadora embarazada, así como los peligros a los que está expuesta, se habrá de hacer una evaluación de riesgos además de una vigilancia médica periódica que ayude a detectar cualquier tipo de alteración con el fin de adaptar las condiciones de su puesto laboral en el caso de ser posible.

Los empresarios tienen el deber de evaluar los riesgos específicos una vez que se conoce que su trabajadora está embarazada; en dicha evaluación el empresario debe tomar las medidas que sean necesarias para evitar posibles daños para la salud tanto de la trabajadora como la de su futuro hijo.

6 Bibliografía

1. www.celadoresonline.blogspot.com
2. Ley 31/1995, 8 de noviembre, de Prevención y Riesgos Laborales.

Capítulo 61

RIESGOS EN EL TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO

MARIA DEL MAR OBESO PUERTAS

1 Introducción

El sector sanitario juega un papel primordial para la sociedad, pero este hecho no le exime que al igual que en cualquier entorno laboral, también este expuesto a peligros. Estos peligros que en muchas ocasiones no somos conscientes que nos rodean, pueden provocar accidentes de trabajo debidos a caídas, golpes, sobreesfuerzos, cortes, etc. También pueden causar enfermedades profesionales, que pueden provenir tanto de agentes físicos como biológicos o químicos, y también enfermedades relacionadas con el trabajo que se pueden ver agravadas por aspectos relacionados con la turnicidad, insatisfacción y la carga física y mental. En este capítulo desgranaremos cada uno de los riesgos laborales que son específicos del sector de la sanidad.

2 Objetivos

- Identificar los distintos tipos de riesgos laborales que pueden darse en el entorno sanitario.
- Identificar las principales causas que pueden provocar dichas situaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Asimismo, se ha consultado la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

4 Resultados

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, define el Riesgo Laboral, como la probabilidad que tiene un trabajador de sufrir daños en el desempeño de su jornada laboral habitual. Dentro del entorno sanitario, podemos establecer la siguiente clasificación de riesgos laborales:

1. Riesgos biológicos:

Vienen condicionados por la exposición a los agentes biológicos, bacterias, virus, parásitos, etc. La exposición a agentes biológicos; el contacto con agentes específicos como la legionela, VIH o la hepatitis; las lesiones causadas por el instrumental cortopunzante, así como la inexistencia de programas de vacunación, constituyen entre otras las causas que pueden provocar estos riesgos.

2. Riesgos químicos:

Generalmente se producen como consecuencia del sometimiento a una exposición a productos químicos utilizados en entornos sanitarios para diversos fines como: tratamiento de pacientes, realización de trabajos de laboratorio, limpieza, desinfección y esterilización de superficies e instrumental. En ocasiones la exposición a fármacos y otro tipo de medicamentos, pueden tener consecuencias imprevistas para los trabajadores, así como la exposición a gases residuales liberados durante la anestesia o los tratamientos respiratorios mediante aerosoles. Las causas que dan lugar a esta situación son el contacto con productos químicos específicos, como medicamentos oncológicos y citostáticos, nanomateriales, desinfectantes, gases anestésicos y materiales radiactivos. También influyen en dichos riesgos las alergias y la falta de formación.

3. Riesgos físicos:

Tiene su origen en el ruido, radiaciones y resbalones, tropezones y caídas. Las causas que dan lugar a los riesgos físicos son los propios resbalones, tropezones y caídas, la seguridad en los equipos y exposición específica a riesgos físicos como rayos X o la radiación.

4. Riesgos ergonómicos:

Derivados de levantar, empujar, posiciones forzadas, movimientos repetitivos y posiciones prolongadas en posición vertical.

Las causas de las que subyacen pueden ser por la falta de formación, mal diseño y equipos no disponibles o inadecuados; así como cargas de trabajo elevadas que aumentan el riesgo de trastornos musculares.

5. Riesgos psicosociales:

Proviene de factores tales como: horas de trabajo, consumo de drogas, exigencias emocionales, factores relacionados con el estrés y agotamiento laboral, así como violencia e intimidación. Las cargas de trabajo elevadas y la presión por los plazos, la falta de control sobre el trabajo, un ambiente organizativo deficiente, tareas con fuerte carga emocional, horarios poco óptimos, situaciones de violencia y acoso, y crisis económica se pueden considerar causas de estos riesgos psicosociales.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores de la asistencia sanitaria presentan una de las tasas más elevadas de problemas de salud relacionados con el trabajo, sólo superada por sectores como la fabricación y la construcción. El estrés, violencia y el acoso laboral son problemas importantes para la salud que predominan en el trabajo. Todos estos riesgos psicosociales alcanzan una importancia de primer orden en el sector sanitario.

Un aspecto muy a tener en cuenta es la evolución permanente de la ciencia y la tecnología, lo que obliga a una actuación permanente en materia de riesgos laborales. La posibilidad de aparición de riesgos emergentes en agentes biológicos, o de la introducción de nuevos productos químicos o de medicamentos requiere una vigilancia continuada para la adopción de medidas preventivas más adecuadas para cada caso.

Se debe hacer un especial hincapié en dotar a los profesionales sanitarios de todos los ámbitos de la información y formación profesional adecuada para evitar en la medida de lo posible cualquier tipo de riesgo, y cuando no sea posible evitarlo, es muy importante dotar a dichos profesionales de las herramientas necesarias para paliar los efectos de los mismos.

6 Bibliografía

1. Guía de Prevención de Riesgos Laborales en el sector sanitario. Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid. 2007.

2. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) (<http://www.insht.es>)
3. Riesgos del trabajo del personal sanitario. JJ Gestal Otero. Ed. Interamericana. Mc Graw Hill. 2003.
4. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
5. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.

Capítulo 62

PERSONAL DE LAVANDERÍA: EVITANDO CAÍDAS, GOLPES Y QUEMADURAS EN EL PUESTO DE TRABAJO

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ

SERGIO MARTÍNEZ CUESTA

1 Introducción

El trabajo en la lavandería tanto de lavaderos/as, planchadores/as como de pinches y celadores destinados en ella conlleva un potencial riesgo de caídas e impactos que pueden poner en peligro nuestra integridad física.

2 Objetivos

Conocer los protocolos adecuados de uso de las instalaciones para evitar riesgos, así como los distintos equipos de protección que existen para hacer el trabajo del personal destinado en la lavandería sanitaria más seguro.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en Google Adadémico, así como en otros buscadores sanitarios como Scielo, buscando tanto medidas de protección individual específicas en la lavandería como riesgos físicos. Se analizan también textos sobre lavanderías industriales en búsqueda de elementos coincidentes con el fin de aumentar el conocimiento sobre los riesgos del medio laboral concreto.

4 Resultados

Muchos accidentes provienen de una mala manipulación de la maquinaria debido al desconocimiento de las normas de seguridad relativas a ella. También podríamos citar como agentes causantes de accidentes al mantenimiento de equipos inadecuado, los comportamientos poco rigurosos en el trabajo, las posturas inadecuadas, el almacenamiento erróneo de sustancias químicas, el uso de herramientas para fines distintos de los planeados por sus fabricantes, así como el desorden, la falta de limpieza, el calzado inadecuado, etc.

-La presencia de bolsas, carros o maquinaria en las zonas de paso o las puertas de las lavadoras abiertas pueden provocar tropezones o caídas, así como la presencia de agua o líquidos en el suelo. Nuestros propios zapatos, si no son adecuados y con suela antideslizante, pueden ser causantes de accidentes.

-Un equipo en mal estado puede ser causa de electrocución, cortes. Los cables por el suelo o en lugares donde puedan estar expuestos a la acción del agua pueden transmitir electricidad.

Al estar en contacto con maquinaria productora de calor, como la secadora , la plancha o la calandra, corremos el riesgo de quemaduras por contacto térmico. Debemos evitar dirigir el vapor de las planchas manuales hacia las personas que se encuentren cerca. Corremos también riesgo de estrés térmico por calor , por lo que procuraremos estar hidratados y mantener bien ventilado el ambiente.

A fin de evitar atrapamientos, seguiremos todas las medidas de seguridad que incluyen el no portar anillos o pulseras que puedan quedar atrapados en las máquinas. Jamás intervendremos anulando los sellos y resguardos de las máquinas destinados ni manipularemos las partes móviles si no estamos autorizados para ello. Al limpiar enchufes o maquinaria conectada a la red, evitaremos mojarlos, sobre todo si están conectados a la red: el agua es un poderoso transmisor de electricidad.

Las posturas de trabajo deberán ser ergonómicamente reguladas y correctas, sobre todo al considerar que realizamos gran parte de nuestro trabajo de pies lo que puede dar lugar a problemas músculo esqueléticos, lo que se ve agravado por los pesos. Los niveles de ruido pueden generar patologías del comportamiento. Para trabajar de forma segura aplicamos las 4 A:

- Analizamos.
- Avisamos.
- Adoptamos comportamientos seguros.
- Aplicamos las normas de seguridad.

Los equipos de protección individual más comunes son:

- Los guantes, ante riesgos químicos o biológicos y pinchazos.
- Mascarillas.
- Gafas.
- Protección ante el ruido.

5 Discusión-Conclusión

El personal de lavandería puede y debe salvaguardar las formas y las normas a fin de evitar accidentes. La formación es importantísima. Conocer los protocolos de uso de maquinaria y productos químicos es esencial.

6 Bibliografía

1. Curso de actualización en Lavandería Hospitalaria con énfasis en control de infecciones. [ebook] Available at: <http://www.aestu.org.uy> [Accessed 10 March 2020].
2. Riesgos durante el trabajo en lavandería. pp.<http://www.diputacionalicante.es>
3. Riesgos laborales en la concepción de los trabajadores de una lavandería hospitalaria. pp.<http://scielo.isciii.es>

Capítulo 63

EL CENTRO SOCIAL COMO RECURSO FUNDAMENTAL EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

SILVIA GARCIA MIGUELEZ

LUCIA VILLA GUTIERREZ

ANA MARIA CANELO DIAZ

ERUNDINA PRIETO ALVAREZ

1 Introducción

Con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, la OMS propone el modelo de Envejecimiento Activo, el cual implica envejecer con salud, con seguridad y con rol social, siendo la participación en la vida social, política, económica y cultural de la sociedad, el mecanismo a través del cual pueden ejercer sus derechos como ciudadanos y a la vez realizar actividades útiles para esta.

Uno de los principales mecanismos para la participación lo constituyen los centros sociales de personas mayores, siendo uno de ellos el C.S.P.M. de Pola de Laviana, dependiente de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. El centro articula su funcionamiento en torno a las actividades programadas por éste atendiendo a la organización del mismo, sus objetivos y

las preferencias de los usuarios. De las actividades se realiza un seguimiento periódico por parte del equipo del centro, con el fin de mantener actualizada la información acerca de los usuarios y de conocer la adecuación estas a los participantes.

El centro cuenta con cuatro bloques diferenciados de actividades atendiendo al carácter de las mismas: envejecimiento saludable, formativo ocupacionales, acercamiento a las nuevas tecnologías y voluntariado.

Investigaciones diversas acerca de la participación, realizadas en distintos ámbitos, describen la participación atendiendo a criterios cuantitativos, que permiten aproximarse a la realidad a través del análisis de variables como sexo, edad...lo cual nos parece determinante ya que, de cara a posteriores estudios, permitiría establecer comparaciones y valorar los logros en cuanto a los avances realizados en determinados puntos, con respecto al tema que nos ocupa.

El Modelo de Envejecimiento Activo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los estudios indicados anteriormente acerca de la participación de las personas mayores, nos sirven de base para el presente trabajo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea la realización de un estudio acerca de la participación en las actividades que se han desarrollado durante el año 2014 a través de los datos que se han obtenido en relación a los usuarios que acuden a dichas actividades: características, problemas para acudir al centro, incidencia de éstos en las bajas, etc., proceder a un análisis de los mismos que permita realizar la planificación anual de acuerdo a sus intereses y a los objetivos del centro, con el fin de proporcionar un servicio de calidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Conocer los aspectos más relevantes relacionados con los usuarios que participan en las actividades del centro, con objeto de mejorar su funcionamiento y reorientar las actuaciones, para favorecer la participación.

Objetivos secundarios:

-Determinar el perfil de las personas que acuden a los distintos bloques de actividades.

-Identificar las dificultades para la participación de los asistentes a las actividades.

3 Metodología

De acuerdo al fin que se persigue nos situamos en la investigación evaluativa, que nos permite estudiar la realidad a través de los datos que se han recabado. Desde esta perspectiva se realiza un estudio acerca de dicha realidad social, para posteriormente y en base a éste, emitir un diagnóstico que abra la puerta a la planificación de aquellas actuaciones que se consideren pertinentes. El diseño de la investigación es descriptivo, ya que trata de reflejar el objeto de estudio de la forma más acertada.

La investigación se realiza desde el paradigma funcionalista, el cual proviene del positivismo, que parte de la realidad que debe ser investigada, con el fin de conocerla de la forma más precisa posible, y extraer la información necesaria para plantear la estrategia de acción. El paradigma funcionalista es objetivo, propio de las Ciencias exactas y da importancia a aquello que se puede medir. El investigador recoge los datos acerca de la realidad que se pretende estudiar, en este caso datos relacionados con los participantes en las actividades del CSPM de Pola de Laviana, que se registran adecuadamente y se reinterpretan y traducen en indicadores e índices.

En este caso se ha utilizado la metodología cuantitativa basada en la recolección de datos acerca del objeto de estudio - sobre la participación en el centro y las dificultades para esta- que se han representado a través de números que han sido analizados estadísticamente, mediante los cuales intentamos acercarnos a la realidad.

4 Resultados

1. Participantes en las actividades:

El total de participantes en actividades durante el año 2014 ha sido de 645 personas. Las actividades que concentraron mayor número de asistentes han sido el tai-chi con un porcentaje del 14%, la gerontogimnasia y el baile de salón con el 9% cada una, que aglutinaron a la tercera parte del total de participantes, indicándonos esto el interés que en las personas mayores que acuden al centro despiertan las actuaciones dirigidas a promover el envejecimiento activo. El resto de actividades congregaron entre el 3% y el 7% del total.

En relación a su distribución por sexos nos encontramos con que las mujeres participaron en todas las actividades, mientras que los hombres tomaron parte

únicamente en diez de ellas.

Del total de personas solamente 80 fueron hombres, lo que supone el 12,4%, ascendiendo las mujeres al 87,6 %; las nuevas tecnologías constituyen la actividad por la que estos mostraron más interés, seguida del baile de salón y el coro. Dentro de dichas actividades en el caso de los talleres de informática superaron el 50% de los asistentes a los mismos, en el coro se encontraban representados con un 32,14% y en el resto de actividades constituyeron entre el 18% y 24%, excepto en tai-chi y el taller para afrontar el dolor donde su presencia fue inferior al 10%. Atendiendo al estado civil encontramos lo siguiente que, en el caso de las mujeres 412 de ellas, el 73,65%, estaban casadas, así como 72 de los hombres que constituyeron el 90% de estos, resaltando especialmente el número de personas viudas que, en su totalidad correspondió al sexo femenino, en lo que incidiría la mayor longevidad de este.

Si contemplamos el estado civil atendiendo al sexo y edad de los participantes en las actividades nos encontramos que las mujeres que estaban casadas, han sido las más numerosas predominando en todos los grupos de edad aunque, descendiendo progresivamente a medida que esta aumenta y, siendo superadas en ocho personas por aquellas que se encontraban viudas en el caso de las mayores de 80 años; el número de viudas por su parte entre los 65 y 80 años se mantuvo estable entre 25 y 30 personas, aumentando ligeramente entre las de mayor edad. En el caso de las solteras y divorciadas su número ha tenido poca relevancia, 10 y 12 personas respectivamente distribuidas entre los distintos tramos de edad de forma similar, sólo una de ellas vivía en pareja.

En el caso de los hombres en su práctica totalidad estaban casados, disminuyendo su número a medida que aumentaba la edad, teniendo entre los mayores de 80 años únicamente tres personas; los cinco solteros y tres divorciados se encontraron por su parte entre los más jóvenes y el dato que más resalta es que entre ellos no había ningún viudo.

La mayor parte de las personas que acudieron a los talleres, el 28,37%, eran menores de 60 años, seguido por quienes tenían entre 65-69 años con el 23,11%, por su parte los dos grupos de edades superiores han tenido una participación similar en torno al 10% cada uno de ellos. Si tenemos en cuenta a todos los mayores de 70 años, estos supusieron casi la tercera parte del total, indicándonos que existe por tanto una alta participación entre las personas de más edad.

2. Actividades para el envejecimiento saludable:

Entre los talleres que se impartieron en el centro dirigidos a fomentar el envejecimiento saludable, encontramos aquellos orientados tanto hacia la actividad física como la mental de las personas mayores.

La actividad que más interés ha despertado fue el tai-chi, que practicaron el 24,54% del total de personas que llevaron a cabo actividades de envejecimiento saludable, seguido de la gerontogimnasia y el baile de salón con 16,63% y 15,26% respectivamente; por su parte en yoga tomaron parte un 12,96% y en natación el 9%.

En caso de las dirigidas a promover el bienestar mental, supusieron en su conjunto el 22,32% centrándose en torno a los talleres:

- Actívate, que informa sobre los efectos de la vejez en el cerebro, la diferencia entre estos y los producidos por una enfermedad y la importancia de llevar una vida activa en esta etapa, que contó con el 4,90% de participantes.
- Menos dolor más vida, cuya finalidad es promover el bienestar y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores afectadas por el dolor, aprender a convivir con él y gestionarlo, con un 8,71%.
- Salud y bienestar, que tiene como propósito potenciar el bienestar emocional de las personas mayores, fomentando actitudes positivas que contribuyan a amortiguar o prevenir situaciones de dependencia, el cual a su vez tuvo la misma asistencia que el anterior.

En relación al tipo de actividad y el sexo de quienes acudieron al bloque de envejecimiento saludable podemos ver:

3. Actividades formativo-culturales:

Las actividades formativo-culturales las realizaron 202 personas, de las cuales 22 fueron hombres. Los asistentes se distribuyeron homogéneamente entre los distintos talleres, destacando la asistencia a Mimbres con el 14,85% y al coro el 13,86%, encontrándose el resto con una participación en torno al 13%, siendo ligeramente menor el número de personas que acudieron a lectura y bolillos que rondan el 10%.

4. Nuevas tecnologías:

Los talleres que se llevan a cabo en la ciber aula constituyen un medio de acercar a los usuarios del centro a las nuevas tecnologías, impartándose desde los mismos la pertinente formación para el adecuado manejo de estas y promoviendo su utilización; el acceso al aula fuera del horario de las clases está permitido para

todos los socios, llevándose un registro de firmas para conocer el número de personas que hacen uso de esta.

Es importante destacar que el número de mujeres y de hombres es similar en los talleres de nuevas tecnologías, ya que en otras actividades los hombres no están representados o constituyen un porcentaje muy reducido. En este caso su número ha superado al de mujeres en cuanto a asistencia a la misma se refiere, siendo bastante parejas las cifras correspondientes a unos u otras que rondan el 50%.

5. Voluntariado:

El Voluntariado del centro por su parte giró en torno a 21 personas, de las cuales 16 fueron mujeres y 5 hombres, siendo la media de edad de los mismos de 67,09 años.

Los hombres supusieron casi la cuarta parte del total del voluntariado, centrando sus tareas en las áreas de informática e intergeneracionales. El porcentaje de voluntarias ha sido más elevado llegando al 76,19% habiendo participado en todas las actividades realizadas dentro del programa de voluntariado del centro excepto en informática

Entre los menores de 60 años y de 60-64 años tanto los hombres como las mujeres han tenido una participación similar, por su parte a partir de 65 años únicamente nos encontramos con voluntarias, siendo el grupo más representativo de estas el de 65-69 años con cinco mujeres, mientras que en los tres rangos de edad restantes se contó con dos mujeres en cada uno de ellos; si tenemos en cuenta a las mayores de 70 años su cifra supuso el 28,57%.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar el estudio, se ha concluido que:

-En el CSPM de Pola de Laviana entre cuyos objetivos se encuentra promover el envejecimiento activo, la participación de los usuarios tiene un papel relevante para la prevención de situaciones de dependencia, dado el número de personas que acuden a los diversos talleres que se imparten y el mantenimiento de la actividad entre los mayores de 80 años.

-El perfil principal de quienes asisten a las actividades del centro lo constituyen las mujeres casadas, con edades comprendidas entre 60 y 75 años que acuden prioritariamente a los talleres de envejecimiento saludable.

- Es importante la influencia del concepto de género, ya que existen diversas actividades, sobre todo de carácter formativo, como son bolillos, manualidades, lanaterapia, etc., asociadas a las mujeres. Esto hace que la presencia de los hombres en determinados talleres sea de carácter minoritario o inexistente, pudiendo atribuirse esto a que las actividades formativo-culturales que se imparten no son de su interés, a la existencia de poca oferta que motive su asistencia o a que no poseen información suficiente acerca de la programación anual del centro.
- La formación en el área de informática reviste gran importancia, ya que a través de esta se promueve la optimización de uno de los recursos con que cuenta el centro, la ciber aula, el uso de la cual facilita el contacto y la integración de las personas en la sociedad actual, caracterizada entre otros aspectos por la influencia que en ella tienen las tecnologías de la información y la comunicación.
- El voluntariado, a pesar de estar presente en muchas de las actuaciones que se llevan a cabo dentro del funcionamiento del centro, cuenta con un reducido número de personas, si tomamos como referencia al resto de los talleres.

Atendiendo a las conclusiones anteriores se considera que a pesar de la alta participación que encontramos en el CSPM de Pola de Laviana, deberían promoverse desde el mismo la implantación de algunas actividades que puedan resultar de mayor interés para los hombres, transmitiendo esto a la Junta de Gobierno del centro para que estudie dicha posibilidad. Así mismo se propone mejorar la difusión acerca de la programación y el funcionamiento de este, para fomentar la participación en aquellas actividades que cuentan con menor asistencia y en el voluntariado.

6 Bibliografía

1. AA.VV. (2006). Los Centros Sociales de Personas Mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y la participación social. Serie Documentos técnicos. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de vivienda y Bienestar Social.
2. AA.VV. (2009). Perspectivas del envejecimiento activo en Castilla y León. Valladolid. Consejo económico y social. Comunidad de Castilla y León.
3. ABELLÁN GARCÍA, A., VILCHES FUENTES, J., PUJOL RODRÍGUEZ, R. (2014) Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 6.
4. CC.OO. PENSIONISTAS. Observatorio social de las personas mayores 2013. (2013) Madrid. Federación de Pensionistas y jubilados de CC.OO.

5. CORDERO DEL CASTILLO, P. (2006) Situación Social de las personas Mayores en España. Humanismo y trabajo Social. Vol. 5, 161- 195.
6. DE LA FUENTE REY, M. (2009). Teorías del envejecimiento. En G. VARELA MOREIRAS y E. ALONSO APERTE (coord.). Retos de la nutrición en el s. XXI ante el envejecimiento poblacional. (29-48). Madrid: Universidad San pablo CEU. Instituto Tomás Pascual Sanz para la nutrición y la salud. IMC.
7. FILARDO LLAMAS, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. Documentos de Trabajo social. Revista de Trabajo Social y Acción Social nº 49, 204-218 Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga.
8. Fundación EDE. Servicio de investigación social (2013) La participación social de las personas mayores en la CAPV. Bilbao: Gobierno Vasco.
9. GÓMEZ RINESSI, J., SAIACH, S. y LECUNA, N. (2000). Revista de Postgrado de la Cátedra VIª Medicina.(Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes-Argentina), 100, 21-23
10. LETURIA, F.J., ETXANIZ, N. (2009) Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato. Vitoria: Ararteko.
11. MILLÁN CALENTI, J.C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. Revista Galega de Economía (Coruña), 20 núm. extraord., 1-13.
12. ONU. Asamblea General. (2009). Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Informe del Secretario General. A/64/127.
13. PARAPAR BARRERA, C., FERNANDEZ NUEVO, J.L., REY CAMPOS, J. y RUIZ YANIZ, M. (2010). Informe sobre envejecimiento. Madrid: Fundación General CSIC.
14. RODRIGUEZ CABRERO, G., RODRIGUEZ RODRIGUEZ, P., CASTEJÓN VILLAREJO, P. y MORÁN ALAEZ, E. (2013). Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía Personal.
15. RUBIERA, F. (coord.). (2014). Análisis de la situación y perspectivas demográficas del Principado de Asturias y revisión de las políticas aplicadas en Europa para el diseño de una agenda demográfica. Oviedo: Laboratorio de análisis económico regional- REGIOLab.
16. VISCARRET, J.J. (2009). “Modelos de intervención en Trabajo Social”. En T. FERNÁNDEZ GARCÍA. Fundamentos del trabajo social (293-344). Madrid: Alianza Editorial.

Capítulo 64

RELACIÓN ENTRE CELADOR Y PACIENTE CONTAGIOSO

KATIA VEGA GARCÍA

1 Introducción

Las enfermedades infectocontagiosas son aquellas generadas por microorganismos tales como virus, bacterias, hongos y parásitos, que pueden ser transmitidas mediante el contacto directo con pacientes infectados, su sangre o sus secreciones. Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria deben ser evitables en la mayoría de lo posible, por ello, la prevención es un objetivo prioritario en cualquier sistema sanitario.

En medicina se utilizan los términos contagioso, transmisible e infeccioso con una gran semejanza; es contagioso lo que tiene capacidad de transmitirse de unos individuos a otros. Es enfermedad contagiosa aquella enfermedad comunicable por el contacto con el enfermo que la sufre, con sus secreciones o con algún objeto que haya tocado el mismo; la enfermedad transmisible es aquella afección que pasa de un huésped a otro por cualquier mecanismo; la enfermedad infecciosa es aquella producida por la entrada, crecimiento o multiplicación de microorganismos en el interior o en la superficie de seres superiores, con manifestaciones clínicas aparentes.

Las técnicas de aislamiento son un conjunto de medidas estrictas, recomendaciones a seguir y pautas de actuación que lo que persiguen es evitar la contaminación persona-persona. Lo fundamental a la hora de aplicar medidas de aislamiento es llegar a determinar, con la mayor precisión posible, las vías de transmisión de enfermedades y una vez determinadas habrá que aplicar toda una serie

de barreras válidas capaces de impedir la difusión de los gérmenes del enfermo contagioso al resto de las personas ya sean pacientes ya sean familiares.

2 Objetivos

Objetivo principal.

Prevenir la diseminación de organismos entre el paciente, personal hospitalario y equipos.

Objetivos secundarios.

- Cortar la cadena de transmisión de agente infeccioso.
- Disminuir la incidencia de infección nosocomial, dicha infección se contrae durante la estancia en un medio hospitalario y que demuestra síntomas que no estaban presentes ni en periodo de incubación al momento del ingreso en el hospital.
- Prevenir y controlar los brotes.
- Racionalizar el uso de recursos.
- Mantener calidad en la atención del hospital.
- Realizar siempre un lavado de manos, siempre después de tocar sangre, fluidos corporales y material contaminado, se lleve o no puestos los guantes.
- Promover el uso de guantes, en el caso del celador como personal no sanitario promover el uso del guante no estéril.
- Usar mascarillas, protectores oculares, caretas, cuando se vaya a realizar cualquier procedimiento al paciente que pueda generar salpicaduras de sangre, secreciones o incluso excreciones.
- Llevar bata no estéril para proteger la piel y prevenir el manchado de la ropa. Al quitarse la bata es muy importante lavarse las manos.
- Andarse con ojo con la salud laboral, esto quiere decir que se ha de tener mucho cuidado con objetos punzantes o cortantes. Nunca reencapuchar las agujas y desechar todo el material cortante y punzante en contenedores apropiados.

3 Metodología

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

elo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las precauciones universales consisten en una serie de precauciones que se deben tomar sistemáticamente con la sangre y los fluidos corporales de toda aquella persona que pueda ser atendida en un centro sanitario, independientemente de su diagnóstico.

Las precauciones universales parten del mismo principio: todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente de su diagnóstico de ingreso o motivo por el cual haya entrado al hospital o cualquier centro sanitario, deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se deben tomar todas las precauciones necesarias para prevenir que ocurra esa transmisión.

Deben aceptarse que no existen pacientes de riesgo sino maniobras o procedimientos de riesgo, por lo que se han de adoptar precauciones utilizando barreras protectoras adecuadas en todas las maniobras o procedimientos en los que exista la posibilidad de contacto con la sangre y/o fluidos corporales a través de la piel o las mucosas. Se pueden distinguir las siguientes precauciones universales: vacunación, ya que la comunidad trabajadora está sometida a numerosos riesgos biológicos producidos bien por bacterias, hongos, virus, etc., frente a los cuales se dispone de vacunas que hacen posible su prevención y, a veces, su tratamiento.

Otras precauciones universales serían que hay unas normas de higiene personal, elementos de protección de barrera, cuidado con los objetos cortantes y la esterilización y desinfección de instrumentos y superficies. Entre las normas de higiene personal cabe destacar las siguientes precauciones: cubrir las heridas y lesiones de las manos con apósitos impermeables al iniciar la actividad laboral; cuando existan lesiones que no se puedan cubrir, deberá evitarse el cuidado directo de los pacientes; el muy destacado lavado de manos sabiendo que hay que hacerlo antes de tocar paciente, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después del riesgo a exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente y después del contacto con el entorno del paciente.

Cuando en un centro hospitalario llega una persona que presenta una serie de signos clínicos que indican que está sufriendo una enfermedad contagiosa o existen sospechas razonables, se procede a establecer el tipo de aislamiento que se con-

sidere más adecuado, según la patología que muestre en enfermo, con objeto de prevenir la transmisión. También debe recurrirse a las técnicas de aislamiento en aquellas personas que por una u otra razón puedan contagiarse de enfermedades sufridas por otras personas presentes en el hospital, a este tipo de aislamiento se le denomina aislamiento de tipo inverso o protector. La habitación de la persona enferma aislada debe cumplir siempre esta serie de requisitos:

-La habitación del paciente debe ser individualizada y contar con un cuarto de baño.

-La puerta de la habitación debe permanecer siempre cerrada y tener carteles por la parte externa que informen de las normas a seguir según el tipo de paciente.

-Deben limpiarse y desinfectarse todas las superficies de la habitación a diario y con material exclusivo para dicha habitación.

-Solo debe entrar a la habitación del aislamiento el personal implicado en su correcta atención, con lo que el acceso a visitas debería quedar completamente restringido y siempre respetando las normas establecidas por el centro sanitario en cada tipo de aislamiento.

-El material clínico utilizado en la atención del paciente y que no sea desechable permanecerá en la habitación del paciente siendo de su uso exclusivo. Solo después del alta del paciente se limpiará y desinfectará para poder seguir utilizándolo.

-Cuando se retire la ropa del paciente o de la cama, se hará en bolsas de plástico dentro la propia habitación.

-Los traslados, que por norma general corren a cargo del celador, se realizarán solo cuando sea estrictamente necesario y si se lleva a cabo el traslado se informará de las características del paciente al servicio al que se traslada para tomar precauciones necesarias.

Queda demostrado que un buen conocimiento de todo lo dicho anteriormente ayuda a no propagar la enfermedad y que un correcto uso principalmente de las barreras de protección de las que tiene al alcance tanto el personal sanitario como el no sanitario, contribuye a la no propagación de la enfermedad por la que está ingresado el paciente.

Si seguimos un correcto orden que se debe de seguir en las técnicas de aislamiento con las barreras protectoras conseguiremos así que no vaya a más, puede haber pequeñas diferencias en la colocación de las prendas de unos centros a otros pero siempre se finaliza con la colocación de los guantes, el orden de colocación sería el siguiente: lavado de manos, calzas, gorro, mascarilla, gafas, bata y siempre por último, los guantes.

El orden de retirada de la vestimenta sería al revés que en la colocación, deberíamos a empezar a quitarnos los equipos de protección individual por el siguiente orden: lo primero e importantísimo quitarse los guantes ya que si estos están contaminados y nos intentamos quitar por ejemplo la mascarilla antes de haberlos quitado ya habremos contaminado nuestra piel con el roce del guante en la cara, después nos quitamos bata, gafas, mascarilla, gorro y por último, las calzas.

Otros resultados evidentes serían la comprobación de que existe una identificación de aislamiento en la puerta de la habitación; verificar que se cuenta con el equipo y materiales necesarios antes de la acción directa al enfermo, un correcto lavado de manos, controlar o ejecutar el aseo aislado en el cual se deben de respetar las normas de aislamiento; hacerse cargo siempre de que la habitación sea individual, a no ser que por necesidades del servicio se tenga que compartir la habitación con otro paciente que presenta la misma patología.

Todo el material necesario para vestirse se encontrará preparado dentro de la habitación, excepto la mascarilla que se colocará antes de entrar y antes de salir de la habitación se depositarán todas las prendas contaminadas en un contenedor al efecto, excepto la mascarilla que se tirará después de salir.

5 Discusión-Conclusión

El enfermo contagioso ha de recibir los mismos cuidados y atención que otro tipo de enfermos y a veces incluso mayores, siempre teniendo en cuenta las normas de aislamiento que sean necesarias. Nunca debemos tomar una actitud de rechazo hacia este tipo de enfermos, puesto que ello podría hacerle sentir culpable, angustiado o avergonzado y por ello debemos ofrecer entretenimiento al enfermo aislado, en la medida de lo posible y para reducir esa posible ansiedad que puede producirse en el paciente contagioso se debe explicar tanto al enfermo como a la familia las características y objetivos de las medidas que se deben adoptar.

En conclusión , si todos los trabajadores de la salud, entre ellos la profesión de celador, utilizan rutinariamente todos los elementos de protección apropiados que se mencionaron para realizar las actividades llevadas a cabo en el entorno del paciente aislado contribuiremos así a protegernos no sólo a nosotros sino también a los que nos rodean.

6 Bibliografía

- Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2002.
- www.apuntesauxiliardeenfermeria.blogspot.com
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 65

LA VIOLENCIA DE GÉNERO

MARÍA DEL CARMEN RIOPEDRE PÉREZ

LAURA SAIZ GONZALEZ

1 Introducción

De acuerdo a la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género se define como “la violencia de género es la violencia o las diferentes violencias inferidas por hombres contra mujeres por el mero hecho de ser mujeres y constituye manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales. Es una de las manifestaciones paradigmáticas de la discriminación ancestral de las mujeres y supone una clara vulneración de sus derechos humanos.”

La representación mental que se suele tener sobre el concepto de violencia de género, casi siempre se corresponde con una violencia física de gran intensidad, que acarrea graves consecuencias para la salud, o incluso puede acabar en la muerte. Como por ejemplo, golpes que causan traumatismos que necesitan asistencia médica o incluso ingreso hospitalario. Sin embargo, la mayoría de la violencia que sufren las mujeres, no sólo es física sino también psicológica y sexual, siendo estas dos últimas más frecuentes en la vida cotidiana de las mujeres víctimas de violencia de género. A continuación se muestra como se desarrolla el ciclo,

2 Objetivos

-Informar, educar y sensibilización a la población en general de este problema.

- Fomentar las actitudes y comportamientos saludables en niños y modificando la actitud y comportamiento de los individuos violentos
- Explicar la definición de violencia de género
- Describir el ciclo de violencia.
- Tomar medidas a adoptar.
- Conocer las consecuencias de ser víctima.

3 Metodología

Después de analizar numerosos artículos publicados en Scielo, de acceso libre, que enumeran casos de agresiones ocurridas contra el personal sanitario y descartamos publicaciones duplicadas y/o con más de 10 años de edición. Analizamos las medidas de protección y protocolos de actuación. Se revisan protocolos de actuación en el ámbito hospitalario y en Atención Primaria respecto a casos de agresiones a profesionales de la salud.

4 Resultados

El ciclo de la violencia:

La teoría del ciclo de la violencia, formulada por la antropóloga Leonor Walker, es una herramienta muy útil para comprender los comportamientos de aquellas mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas. Este ciclo ayuda a entender, sobre todo, la vuelta de la víctima con su agresor, algo que puede provocar en algunas/os profesionales un cierto sentimiento de fracaso o decepción. La violencia de género en la pareja se mantiene a lo largo del tiempo, realizándose muy frecuentemente de forma intermitente, alternando etapas de tensión y violencia con otras de un ciclo con tres etapas:

-Fase 1. Acumulación de tensión: esta fase se caracteriza por cambios imprevistos y repentinos en el estado de ánimo, enfados ante cualquier problema en la convivencia, reacciones agresivas ante cualquier frustración o incomodidad, etc., (la comida no está a su hora o a su gusto, ella no está cuando él la necesita para algo, los hijos e hijas hacen mucho ruido, todo le molesta y cada vez más tenso e irritado. La mujer en esta fase intenta controlar la situación con actitudes que anteriormente le han servido: es condescendiente con él, intenta satisfacer o incluso anticiparse a sus deseos, procura no hacer nada que le desagrade y hace todas las cosas que conoce para poder complacerlo. Tiende a minimizar los incidentes, a excusarlos o a justificarlos, a achacar la tensión a causas externas, etc. Esta fase puede mantenerse durante largos períodos de tiempo.

-Fase 2. Explosión de la Violencia. Descarga de la tensión acumulada en la fase anterior, mediante un incidente agudo. Esta descarga puede adoptar diferentes formas y grados de intensidad. No debemos caer en el error de pensar solamente en la agresión como forma de explosión o descarga, pudiéndose dar muchas formas activas o pasivas para esta fase (gritar, ignorarla, golpear muebles, amenazarla con abandonarla, no hablarle, etc.) La motivación del maltratador es castigar los comportamientos de la mujer que él considera inadecuados desde su planteamiento de poder y desigualdad; el incidente agudo de violencia se detiene cuando el maltratador piensa que ella ha aprendido la lección. La mujer vive esta fase como que el enfado de él está fuera de control. Cuando finaliza esta fase de descarga de la violencia, la mujer que la sufre va a quedar en un estado de conmoción, no queriendo creer que le ha pasado, minimizando el ataque sufrido y las heridas recibidas e incluso negando la situación que acaba de ocurrir.

-Fase 3. Luna de miel. Es una fase de manipulación afectiva caracterizada por una disminución de la tensión. Puede adoptar distintas formas: el maltratador puede pedir perdón y prometer no volver a ser violento, reconocer su culpa y proponer cambios, resurgimiento de la relación, etc. El maltratador le ha sometido al castigo en la fase de explosión, pero no puede permitirse ejercer la violencia de forma continuada ya que la mujer tendería a conductas evasivas o de escape; por ello tras el castigo confiere conductas para manipularla afectivamente y así conseguir que permanezca en la relación. La victimización de la mujer se hace más profunda, pues se estrecha la relación de dependencia mujer-maltratador. Si ella había decidido dejar la relación, en esta fase abandonará la idea, ante el acoso emocional y afectivo de él. Las mujeres suelen ante esta “nueva” actitud del maltratador retirar los cargos, abandonar el tratamiento y tomar como real la esperanza de que todo cambiará. Esta fase tiene una duración limitada, pues no responde al arrepentimiento, sino a que el maltratador sea consciente de que ya no hay riesgo para la permanencia de la relación; como continúa analizando la pareja desde la subjetividad del dominio y la desigualdad, pronto se iniciará otra fase de acumulación de la tensión y el ciclo se repetirá.

Si las personas que pretenden ayudar a la mujer que sufre violencia no conocen y comprenden el ciclo, éste puede acabar manipulándoles también.

En el estudio hecho por la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica, realizado en 2005 en 10 países, en su mayoría de renta media y baja, se observó en las mujeres de 15 a 49 años que:

-Entre el 15% de ellas en Japón y el 71% en Etiopía referían haber sufrido a lo largo

de su vida violencia física o sexual perpetrada por su pareja.

-Entre un 0,3% y un 11,5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja después de cumplidos 15 años.

-La primera experiencia sexual había sido forzada en muchos casos (17% de las mujeres en la Tanzania rural, 24% en el Perú rural y 30% en zonas rurales de Bangladesh indicaron que su primera experiencia sexual había sido forzada).

-Repercusiones sobre la salud. Ciertos estudios revelan que las mujeres que han sido sometidas a maltrato físico o sexual en la niñez o la vida adulta experimentan problemas de salud con mayor frecuencia que otras mujeres en lo que respecta al funcionamiento físico, el bienestar psíquico y la adopción de otros comportamientos de riesgo, como son el tabaquismo, la inactividad física y el abuso de alcohol y/o drogas.

El antecedente de haber sido víctimas de la violencia predispone a un mayor riesgo de:

-Depresión.

-Intentos de suicidio.

-Síndromes de dolor crónico.

-Trastornos psicósomáticos.

-Lesiones físicas.

-Trastornos del aparato digestivo.

-Síndrome del colon irritable.

-Alteraciones en la salud reproductiva.

Repercusiones sobre los hijos:

Los hijos que presencian la violencia matrimonial tienen mayor riesgo de sufrir una amplia gama de problemas emocionales y de conducta, entre ellos ansiedad, depresión, mal rendimiento escolar, poca autoestima, desobediencia, pesadillas y quejas sobre la salud física.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizada la problemática que todo esto conlleva todas las instituciones deberían tener implantadas medidas que ayudarán a detectar los casos, como por ejemplo:

1ª Medida:

Implantación de un plan de igualdad. La empresa debe establecer con claridad el principio de tolerancia cero con respecto a la violencia contra las mujeres en toda la organización, fijando una serie de objetivos como pueden ser:

1. Sensibilizar a los trabajadores y trabajadoras de la empresa para que adopten una actitud proactiva y rompan con la cultura tradicional de tolerancia y negación que perpetúa la desigualdad de género y la violencia que la causa.
2. Informar y formar en la existencia de aquellos derechos laborales que amparan a las trabajadoras que sufran violencia de género para que puedan conciliar la relación laboral con sus circunstancias personales y/o familiares.
3. Prevenir la violencia, proteger a las víctimas e informar de las acciones judiciales que se pueden entablar contra los agresores.
4. Desarrollar los términos de la aplicación de los derechos laborales de las trabajadoras víctimas de violencia de género.
5. Garantizar la protección de la dignidad de la mujer y el hombre en el trabajo y fuera de él.

2ª Medida:

Igualdad en la política de contratación de personal. La posición de las mujeres en el mercado laboral, se caracteriza, entre otras cosas, por la segregación horizontal, lo cual supone la concentración de mujeres en ciertos tipos de profesionales, áreas o sectores en los que las tareas que se desarrollan están relacionadas con los roles de género, y por regla general, tienen menos salarios y menos posibilidades de promoción. De acuerdo con la LO 3/2007 de 22 de marzo, la presencia de mujeres y hombres no será inferior al 40% ni superior al 60%. La violencia contra las mujeres debe incluirse en las acciones de promoción de la salud en los centros de trabajo.

3ª Medida:

Incluir un departamento de sensibilización y orientación. Los lugares de trabajo son un entorno importante donde combatir la violencia. La violencia de género en el lugar de trabajo representa uno de los obstáculos más importantes y extendidos para lograr el empoderamiento, la autonomía y la independencia de la mujer y para la realización de la igualdad de género ayudaría a dar voz a los trabajadores/as para oponerse a la violencia de género y para negociar convenios colectivos que aborden el problema de la VdG., lo que empoderaría a las trabajadoras para emprender acciones.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012) protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. -

3. Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

4. Martínez Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios: aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. Med Clin (Barc). 2007;128(8):307-10

Capítulo 66

CÓMO ACTUAR ANTE UN COMPAÑERO DE TRABAJO TÓXICO

NATALIA GONZALEZ FUEYO

OVIDIO CERRILLO MIRANDA

MAR CASTRO FUEYO

1 Introducción

En el trabajo diario, en ocasiones existen compañeros, que reúnen este perfil, para ello es necesario seguir unas pautas, detectando la situación y buscando que genere un buen ambiente laboral.

Diversas son las conductas que generan actitudes tóxicas:

- Atacan. Se comunican con una persona con el objetivo de dañarla. Acusan a otra persona, de manera física o moral, de algún hecho falso, que puede afectar a su honor, dignidad o reputación. En ocasiones, se pueden usar insultos.
- Descalifican. Puede ser personal o profesional, y suele ser generada por envidias y/o inseguridades, aunque, a veces, se trata de que son intolerantes a las personas distintas.
- Son agresivos. Provocan distintas acciones que pueden manifestarse con intensidad variable, incluyendo desde la pelea ficticia o “bromas” hasta los gestos o expresiones verbales duras e hirientes. Implica provocación y ataque.

Todas estas conductas generan Mobbing: Situación en la que una persona ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente, y durante un tiempo prolongado, sobre otra persona o grupo, con la finalidad de destruir

las redes de comunicación de la víctima/s, destruir su reputación, perturbar la realización de su trabajo y lograr que finalmente acabe abandonando su puesto laboral.

Existen varias clases bien diferenciadas para identificar el perfil de un compañero tóxico:

- El protagonista. Es una persona que se adueña de las conversaciones en juntas y reuniones, impone sus puntos de vista y critica los de los demás. Tiene un alto sentido de competencia y no tiene escrúpulos para actuar con alevosía para lograr sus objetivos.
- El chismoso. Es posible se haya conocido a un compañero de trabajo cuya principal actividad parece ser difundir información sobre otras personas. En ocasiones actúa como “espía oficial” del jefe o supervisor o de otros compañeros y le gusta informar de detalles irrelevantes o información que perjudica a otros.
- El sabelotodo. Es una persona con un nivel de inteligencia alta y una gran cantidad de conocimiento. No suele escuchar las opiniones de los demás y descartan las ideas de otros fácilmente.
- El bomba. Tal como su nombre lo indica, es una persona sumamente explosiva que tiende a expresar sus frecuentes rabietas emocionales de forma escandalosa y algunas veces agresiva. Les cuesta trabajo controlar su enfado y frecuentemente pueden pagarlo con otros.
- El que cree saberlo todo. Esta persona no tiene un conocimiento extenso sobre todo tipo de temas, pero busca constantemente el reconocimiento y atención intentando que otros piensen que son extraordinarios, por lo que suelen hablar mucho y en voz excesivamente alta.
- El negativo. Es aquel compañero que siempre está desalentando al equipo, ve el lado negativo de cada situación y aunque no da propuestas nuevas, tiende a rechazar todas las propuestas por sus errores potenciales.
- El manipulador. Uno de los más astutos y nocivos. La mayoría tiene una excelente relación con su jefe o Recursos Humanos. Posee la capacidad de llevarse a la gente a su terreno y conseguir sus objetivos cueste lo que cueste.
- El víctima. Es aquella persona que siempre se queja del mundo y siempre siente frustrados sus esfuerzos, por lo que deja de actuar y simplemente se dedica a lamentarse por aquello que considera irremediable.
- El juez. Suele ser perfeccionista y por ello se convierte en un crítico imposible de complacer, establece normas inalcanzables y luego juzga a los demás por no cumplir con ellas.

Una vez analizados los posibles perfiles y teniendo identificada la situación, tener

que convivir con diferentes tipos de personas es una ley natural. Siempre va a pasar que con algunas tengamos más empatía y con otras no, sin embargo, en el terreno laboral puede convertirse en un gran problema, ya que a veces hay que saber sobrellevar la relación con compañeros de trabajo falsos, o incluso compañeros de trabajo insoportables, como ya hemos visto. Para ello es necesario, tener en cuenta unas pautas a seguir que garanticen la estabilidad en el día a día laboral.

Medidas para conllevar la situación tanto a nivel profesional como en atención con el público:

1. Antes de enfrentarte a un compañero de trabajo tóxico es necesario entender cuáles son sus comportamientos y qué busca lograr con ellos. Los tipos que se han comentado en el apartado anterior podrán ayudar a ello.
2. Empezar un diálogo con una actitud agresiva nunca llevará a buen puerto. Lo mejor es que se encare cada charla como una oportunidad ideal para compartir ideas e intercambiar opiniones con el resto de compañeros.
3. Nunca sabemos lo que está viviendo la otra persona, por lo que, antes de increparle por algo hay que ponerse en su lugar e intentar comprender la situación en la que se encuentra. Si se logra entender esto, la reacción frente al problema será sumamente diferente.
4. Siempre es más sencillo echarle la culpa al resto, pero es recomendable ver que pasaría si por un segundo se evalúa la posibilidad de que el problema sea uno mismo. Entonces debe analizarse esa actitud con la otra persona a lo largo del tiempo, ya que, puede ser clave para entender por qué se tienen problemas de relación.
5. Es normal sentirse agredido cuando un compañero de trabajo tiene un comportamiento grosero o hiriente, sin embargo, la clave para poder responder a la situación es proteger la autoestima y no permitir que esa persona nos haga perder el control de tus emociones. Está será sin duda, la parte más difícil del proceso.
6. En lugar de hacer del problema individual, de cada uno, una bola de nieve compartiendo con cada compañero lo mucho que nos enfada la actitud del “compañero tóxico” lo ideal es afrontarlo en persona y de forma directa.
7. Cuando la justificación que se tiene para algo que no gusta, es un simple “porque sí”, puede que la otra persona no nos tome demasiado en serio. Lo mejor es buscar buenos argumentos para explicar las razones, además de distintas propuestas para darle solución.

Una de las situaciones que se pueden dar ante un ambiente laboral hostil es el Acoso Laboral, conocido como Mobbing (anteriormente citado). No suele ser una

de las principales reivindicaciones que se asocian con el Primero de Mayo, pero el mobbing o acoso laboral constituye una grave amenaza a la dignidad en el empleo. Este tipo de conductas, al plantear problemas en lo relativo a su detección y prueba, y al darse un ámbito tan particular como el de las relaciones de trabajo, requieren ser abordadas y enfrentadas con especial cuidado.

Al tratarse de hechos que pueden ser calificados como delito, lo más recomendable es que el trabajador que pueda estar sufriendo una situación así acuda a recibir asesoramiento jurídico. No obstante, es importante saber cómo se regula y los problemas que pueden surgir en caso de denuncia.

2 Objetivos

- Cómo identificar al perfil del compañero tóxico.
- Medidas para conllevar la situación tanto a nivel profesional, como en atención con el público.

3 Metodología

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

4 Resultados

El acoso laboral es castigado por el artículo 173.1 del Código Penal (CP) con una pena de prisión de seis meses a dos años. Dicho precepto penaliza a quien, en el ámbito laboral o funcionarial, y prevaliéndose de una relación de superioridad, realice contra un trabajador, de forma reiterada, actos hostiles o humillantes que supongan un grave acoso contra el trabajador.

La jurisprudencia, lo define como: "toda situación o conducta que, por su reiteración en el tiempo, por su carácter degradante de las condiciones de trabajo y por la hostilidad o intimidación del ambiente laboral que general, tiene por finalidad o como resultado atentar o poner en peligro la integridad del trabajador".

Así, para que los tribunales lo aprecien, tienen que darse tres elementos:

1. No puede ser un hecho aislado, requiere que la presión a la que se está sometiendo al trabajador sea sistemática (por ejemplo, varias veces a la semana) y prolongada (durante varios meses).
2. El tipo de actos sufridos deben ser hostiles (gritos, enfados, comentarios que le atemoricen, etc.) o (se le deja en ridículo, se desprecia su trabajo, se le sitúa a hacer funciones muy por debajo de su cualificación, etc.). Finalmente, el resultado o la finalidad de estas conductas debe ser poner en peligro o menoscabar la integridad del trabajador.
3. Las fórmulas a través de las cuales se puede manifestar el acoso laboral son múltiples: ninguneo, hostigamiento, amilanamiento, amenazas, arrinconar, vejar, etc. Dos de sus manifestaciones más comunes es la eliminación de las funciones o quitar la ocupación efectiva del trabajador.

En las denuncias por acoso laboral se aplica la regla general de los procedimientos penales: la carga de la prueba recae sobre el denunciante.

Tan sólo se invertirá este principio si se ha vulnerado algún derecho fundamental (como en los casos de discriminación, por ejemplo). Por lo tanto, en la mayoría de los procedimientos es el trabajador-denunciante quien debe aportar los documentos, hechos o demás medios de prueba que permitan al tribunal apreciar la existencia del mobbing.

La empresa, en tal caso, deberá demostrar que existe una causa objetiva y razonable que explique las conductas o medidas adoptadas.

En este punto es donde aparece el principal problema al que se enfrentan, en la práctica, los denunciantes. Uno de los rasgos característicos del acoso laboral es que, en la mayoría de supuestos, se desarrolla con apariencia de total normalidad y sin dejarse rastro por escrito, lo que dificulta su prueba y que merma la capacidad del trabajador, para manifestar la situación de stress que en ocasiones se genera y que perjudica a todo el entorno laboral y personal. Será necesario aportar todas las pruebas que se puedan, para que quede constancia de la realidad sufrida por el trabajador y se aplique la norma justamente.

La sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2014 marca un punto de inflexión en la validez de las pruebas para acreditar la existencia de acoso al otorgar validez a la utilización de grabaciones magnetofónicas y conversaciones de WhatsApp. Las mismas, según explica la resolución, no vulnera el derecho al secreto de las comunicaciones siempre que sean utilizadas únicamente por el trabajador acosado para defenderse en un procedimiento judi-

cial.

Además de las grabaciones y los chats, la defensa del trabajador también puede servirse de los medios de prueba clásicos: interrogatorios o declaraciones del acosador, del acosado o de testigos; el informe pericial médico o psicológico; las actas de la Inspección de Trabajo; o las comunicaciones por escrito o los correos electrónicos.

Una vez recopiladas las pruebas, el trabajador puede acudir a distintos procedimientos para plantear y tramitar la denuncia (dependiendo de su situación y lo que pretenda conseguir):

1. Puede denunciarlo ante la Inspección de Trabajo para que sea un inspector quien constate de forma directa y personal los hechos denunciados mediante una visita al centro de trabajo. Las actas de este organismo cuentan con presunción de veracidad, objetividad e imparcialidad, por lo que resultan un medio de prueba idóneo.
2. Puede acudir al procedimiento de tutela de derechos fundamentales y libertades públicas regulado en la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social. El objeto de este proceso se limita a la lesión de derechos y, gracias a su carácter urgente, se tramitará de forma más rápida que uno ordinario.
3. El trabajador puede optar por extinguir la indemnización laboral, por la vía del artículo 50 del Estatuto de los Trabajadores, que permite al trabajador solicitar la extinción de su contrato ante una modificación sustancial de sus condiciones laborales que perjudiquen su dignidad. La indemnización que percibiría en este caso es la equivalente a la del despido improcedente. A este procedimiento, es acumulable la solicitud de una indemnización adicional por los daños y perjuicios provocados.
4. Un procedimiento ordinario por daños y perjuicios, cuando el acoso laboral haya cesado pero el empleado quiera reclamar una indemnización que compense lo sufrido.

Una vez analizada la situación y cómo actuar, ante una situación de acoso que en principio es más frecuente darse entre un superior jerárquico a un inferior, los propios compañeros de trabajo, también pueden provocar esta circunstancia. Las actitudes más frecuentes son:

1. Me ignoran, me restringen o prohíben mis posibilidades de comunicación con mis compañeros, superiores y/o clientes-pacientes, no puedo comunicarme por teléfono, por correo electrónico o por medios presenciales, no se me informa de las reuniones o de citas importantes dentro de la empresa en las que puedo estar

presente.

2. Otro ejemplo claro de acoso laboral es en aquellos casos en que las premisas básicas son las siguientes: no me dan trabajo para hacer o me dan trabajo por debajo de mis funciones, no me dejan tener iniciativa ni opinión propia en las tareas, me fuerzan a hacer trabajos contra mis principios o que ponen en riesgo mi salud.

3. Se me acortan los plazos, se asignan tareas en exceso o por encima de mis posibilidades y controlan con presión indebida mi trabajo. Suele ser uno de los tipos de acoso laboral más habituales hoy en día.

4. No me felicitan por el trabajo, sino que lo crítica y lo minusvalora siempre, me humillan delante de mis compañeros en relación con mi trabajo, atribuyen errores malintencionadamente que no he cometido, dramatizan fallos que he cometido y que no son graves o incluso buscan que yo misma cometa los fallos, llaman la atención de forma injustificada, me amenazan con cualquier represalia o sanción.

5. Difunden rumores sobre mi persona, insinuaciones, me atribuyen faltas profesionales ante compañeros y superiores, bromean sobre aspectos de mi vida personal o profesional.

5 Discusión-Conclusión

Con toda esta información se desea dar a conocer una situación, que es más habitual, de lo pensado, que ocurra, con las pautas a seguir para identificarla y actuar, evitando así generar daños propios y colaterales-físicos, psíquicos-en el ámbito laboral y personal.

El identificar a un compañero/ra tóxico, también ayudará a cómo afrontar esa circunstancias y tomar las medidas adecuadas, para integrarse y que fluya un buen ambiente laboral, que beneficiará a todo el entorno de trabajo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 67

HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO POR EL PERSONAL NO SANITARIO

BALBINA ALONSO BRASA

ROSA ISABEL GONZÁLEZ MENÉNDEZ

PILAR BLANCO GARCIA

CARMEN DOLORES MARTINEZ RUA

MARTA ISABEL GEA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El problema de la deshumanización en el ámbito sanitario requiere algunas reflexiones. Los grandes avances científicos y tecnológicos no solamente tiene como consecuencia un considerable aumento de la esperanza de vida, sino también una forma de tratar al paciente que puede llegar a producir lo que llamamos cosificación de las personas.

La humanización consiste en algo más que ser respetuosos con las personas que acuden a nuestros centros, es un compromiso y una responsabilidad con los ciudadanos. Humanizar la salud es un proceso complejo que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la mejora de la relación entre usuarios y profesionales y la formación de los profesionales. El elemento clave para

humanizar la sanidad es la escucha activa de los profesionales en relación a los protagonistas: pacientes, familiares, y por supuesto los profesionales.

Siempre que hablamos de humanizar la asistencia sanitaria de hacer más cercana la ayuda a los usuarios pensamos en el personal Sanitario, sin embargo, existen otros profesionales como celadores, auxiliares administrativos, personal de vigilancia, mantenimiento, etc., que con su profesionalidad contribuyen a humanizar el sistema sanitario, no olvidemos que son los primeros profesionales que se encuentran los usuarios, pacientes y familiares a su llegada en el Centro Sanitario.

2 Objetivos

- Poner la atención centra en la persona entendida como el valor nuclear de la asistencia.
- Reconocer el derecho de las personas a que se respete su voluntad, proporcionándoles la información y formación adecuada a través de una comunicación empática, cuidando la confidencialidad y la intimidad e incorporando a familiares y allegados siempre que el paciente lo decida.
- Establecer diferentes planes o guías con las que el personal no sanitario contribuirá a mejor la humanización y la calidad asistencial estos objetivos se conseguirán en concretar: proyectos formativos, en habilidades de comunicación, planificación de espacios y en organización y procurando que el desempeño del trabajo se realicen en un marco personalizado y humanizador.

3 Metodología

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

4 Resultados

La accesibilidad al sistema sanitarios es una de la principales demandas de los ciudadanos. Esto implica que los servicios estén disponibles en tiempo y lugar conforme a su utilidad, siendo capaces de resolver la demanda de forma rápida

y con una calidad aceptable que permita obtener los mejores resultados en salud. A su vez está muy condicionada por la información, la buena distribución de los recursos y el uso eficiente que se haga de ellos. La accesibilidad ha de ser siempre garantía de respuesta y de equidad.

-Una buena atención a la persona está estrechamente relacionada con la calidad del servicio.

-La atención personal y personalizada es lo que, en general más aprecian los pacientes.

-La organización sanitaria está formada por profesionales que interactúan con con pacientes, en definitiva son personas que trabajan para personas. La profesionalidad del personal Administrativo tiene, en este aspecto, una relevancia destacada, tanto como si su puesto de trabajo está en el primer contacto con el paciente como si está en otros puntos de la organización.

-Cuando el personal no sanitario cumple de manera adecuada sus funciones contribuirá también a que el paciente se sienta bien atendido, pueden aliviar su padecimientos si estos son tratados con amabilidad ya que son ellos los primeros en tratar con el paciente o usuario antes de ser atendidos por el personal Sanitario. Por ejemplo: evitar el exceso de burocracia, facilitando los trámites a los usuarios que necesiten más ayuda, por ejemplo por bajo nivel cultural, discapacidades, idioma, etc.

-Informar del retraso de una consulta es una manera de aliviar la angustia que suele provocar la espera injustificada y sin explicación alguna. A los enfermos una explicación sencilla por el retraso pedir disculpas por las molestias ocasionadas deja al paciente más tranquilo y tendrá la sensación de que el personal del centro le tiene en cuenta como persona no como un número más.

-En ocasiones a través del teléfono con una actitud de escucha y voz amable también contribuyen al acercamiento a la persona. La atención sanitaria desde la asignación de una cita también se puede humanizar y ayudará a que el paciente a tener más confianza en las personas que le van atender humanización, pero con un trabajo interdisciplinar entre instituciones, pacientes y profesionales

5 Discusión-Conclusión

Somos consciente que algunos signos y síntomas que nos llevan hablar de deshumanización, pero con un trabajo interdisciplinar entre instituciones, pacientes y familiares se conseguirá la deseada humanización de la salud. La humanización la conseguiremos con autenticidad aceptación incondicional, empatía para poder desplegar habilidades de comunicación que posibiliten mejorar la calidad de la

atención. Un sistema sanitario humanizado requiere una atención personalizada, individualizada y actualizada. Cuando un enfermo sale de un centro de salud y recuerda gratamente a todas las personas que le han atendido ya sea personal sanitario o no sanitario sera un buen indicador de la humanización y la calidad asistencia.

6 Bibliografía

1. Convenio entre la Fundación Humas y Asociación Administrativos de la Salud.
2. El compromiso de humanización en las instituciones sanitarias.
3. Plan de humanización 2018 servicio Andaluz de Salud.
4. SEAUS (Asociación de Administrativos de Salud).
5. Artículos Acta Sanitaria "Otro aspectos de la humanización sanitaria".
6. Revista de Calidad de Asistencia.

Capítulo 68

PERSONAL DE LAVANDERÍA: EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS) EN LA LAVANDERÍA SANITARIA

ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

SERGIO MARTÍNEZ CUESTA

1 Introducción

El personal de lavandería destinado en una lavandería sanitaria ha de ser objeto de especial vigilancia en materia de protección debido a los riesgos laborales inherentes a su medio de trabajo. En una lavandería existen riesgos químicos, físicos, eléctricos e infecciosos. Es por ello que el trabajador precisa de una serie de equipos de protección individual, de cuyo exhaustivo conocimiento depende en gran parte su seguridad e integridad física. En la mayoría de los casos, además, su uso es obligatorio.

2 Objetivos

Exponer varios equipos de protección individual, sus indicaciones de funcionamiento y la importancia de los mismos en la lavandería sanitaria.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en Internet de la que se extraen varios documentos redactados en su mayoría por prevencionistas laborales y específicos de lavanderías sanitarias. La búsqueda se realiza fundamentalmente a través de buscadores sanitarios como Scielo y otros como el Google Académico. Se consultan también páginas web de fabricantes de equipos de protección individual destinados al sector.

4 Resultados

Corresponde al empresario, o en el caso de lavanderías sanitarias de carácter público, a la Administración, proporcionar información y formación al trabajador sobre prevención de riesgos laborales, así como proveerle de los equipos de protección individual (EPIS) necesarios para el desarrollo de su trabajo.

Si atendemos a la ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, debemos seguir los siguientes pasos a la hora de abordar un riesgo en el ambiente de trabajo: eliminar el problema, aislar la fuente y si todo esto falla o no es posible, equipar al trabajador con los EPIS necesarios para evitar peligros.

En el marco de una lavandería hospitalaria , podemos emplear EPIS destinadas a diversos riesgos:

-Sonoros: en una lavandería, los ruidos provocados por las máquinas y elementos mecánicos pueden llegar a emitir ruidos por encima de los 84 DB, siendo peligroso para la salud auditiva del trabajador. Para paliar estos riesgos, las máquinas han de estar optimizadas y en perfecto estado, ya que diversos estudios señalan que un correcto funcionamiento de las mismas baja la intensidad del ruido ambiental. Es importante aislar en la medida de lo posible la fuente del ruido. Si pese a ello, el ruido sigue siendo peligroso para los oídos, se deberían usar tapones para los oídos o protectores auditivos de un material reutilizable. A partir de 85 DB, el carácter de este EPI es obligatorio según el Real Decreto 286/2006.

-Ante cortes, pinchazos debido a objetos punzantes entre la ropa u objetos potencialmente lesivos en el ambiente de trabajo, utilizaremos guantes protectores, preferente aquellos que dispongan de protección en palma y estén homologados contra pinchazos y cortes. Suelen estar contruidos en látex. La normativa que los regula es la EN 388: 2003.

-Para evitar la contaminación con los gérmenes depositados en la ropa que manipulamos, utilizaremos guantes homologados y el uniforme preceptivo, que solo

se utilizará en el trabajo y en ningún caso se lavará en casa. Está regulado su uso en el RD 773/1997 . Los uniformes de trabajo deben lavarse a más de 60 grados.

-Para evitar caídas, utilizaremos zapatos con suela antideslizante que en ningún caso podrá ser abierto.

-Para la aplicación de líquidos abrasivos de limpieza se utilizarán gas de protección homologadas.

5 Discusión-Conclusión

De una correcta utilización de los distintos EPIS a nuestra disposición en la lavandería sanitaria depende la ausencia de accidentes laborales. Si bien es responsabilidad de la empresa proporcionarlos, nuestra es la de conservarlos, utilizarlos correctamente en todos los casos necesarios y aprovechar la formación sobre su uso.

6 Bibliografía

1. Vargas Ramírez, J., Gordo Moral, R. and Martínez Guijarro, B., 2008. Lavandería Y Planchado De Los Servicios De Salud. Madrid: Adams.
2. 2020. Recomendaciones Básicas De Protección Frente Al Ruido. p.<http://www.ibgm.med.uva.es/addon/files/fck/RUIDO.pdf>.
3. Ramiro, C., 2020. Exposición laboral a ruido en lavandería de un hospital. In: M. Rodríguez de la Pinta, ed., Medicina y seguridad en el trabajo , N° 195 , vol 50.

Capítulo 69

EL CELADOR EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

MELODIA ESCALANTE TEMPRANO

1 Introducción

El transporte de las muestras biológicas desde el servicio o centro donde se extraen hasta el laboratorio clínico procesador tiene que regirse por una normativa técnica que garantice la estabilidad de las propiedades biológicas.

Todo el personal que participe en los diferentes procesos referidos al transporte tiene que disponer de la formación, habilidades y experiencias necesarias para ejecutar las actividades requeridas. También hay que asegurar que sean conscientes de la importancia de sus actividades y sepan que pueden con ello contribuir a la obtención de los objetivos de calidad.

2 Objetivos

- Mantener la integridad de la muestra.
- Conseguir que los resultados que puedan obtenerse de las determinaciones hechas sobre cada una de las propiedades biológicas sean iguales o tan próximos como sea posible a su valor verdadero.
- Garantizar la seguridad del personal implicado en el transporte y proteger el medio ambiente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Recomendaciones ante el transporte de muestras biológicas.

- Preservar la integridad de las muestras de diagnóstico con la finalidad de mantener la estabilidad de las propiedades biológicas que las componen.
- Exponer una serie de requisitos referidos a la preparación y colocación de los diferentes tipos de contenedores, y las condiciones idóneas de embalaje, etiquetado y señalización, de la manera que formen parte de las medidas organizativas y de un buen quehacer.
- Contenido documental y de los registros que tendrían que prepararse y adjuntar a las muestras de diagnóstico, con la finalidad de demostrar la trazabilidad del procedimiento de transporte desde el momento de la obtención de la muestra hasta la recepción en el laboratorio respetando la confidencialidad de los datos.
- Cumplir las condiciones y requisitos de seguridad para disminuir o minimizar el riesgo que puede comportar en los manipuladores implicados en el transporte de las muestras ante un accidente.

Se pueden distinguir situaciones que merecen una especial atención:

- El transporte de la muestra dentro del propio centro de trabajo o de un punto de extracción periférico a un laboratorio.
- La recepción y apertura con muestras biológicas.

Transporte interno:

Un sistema de transporte interno debe valorar desde el momento en el que la muestra es extraída hasta que llega al laboratorio. Los tubos procedentes de la extracción deben depositarse en gradilla dentro de un contenedor de transporte que pueda retener fugas o derrames y asegure una protección adicional. Preferiblemente se debe seleccionar la ruta de transporte que evite el contacto con servicios de recepción, área administrativa y cafetería.

En el caso de transporte por carretera desde los puntos de extracción periféricos, se debe añadir que el contenedor obligatoriamente debe ser hermético de forma

que impida toda fuga o derrame. Además, una vez cerrado y sellado el recipiente, debe limpiarse con desinfectante y secarse. El celador, conductor del vehículo deberá ser consciente del material que transporta y será instruido sobre lo que de hacer en caso de accidente o derrame del contenido de los recipientes. Los contenedores deberán ir identificados con la señal de peligro biológico o una etiqueta similar.

Recepción y apertura:

Es conveniente que el personal del servicio de recepción sepa con antelación la procedencia y el número de muestras que va a recibir, lo que asegura la posibilidad de evitar muestras perdidas o en paradero desconocido.

La persona de la recepción deberá estar entrenada en el sentido de que si existen dudas sobre lo que dentro del contenedor en cuanto a su integridad, sea introducido dentro de una bolsa de plástico que proteja hasta la descontaminación o apertura en cabina de seguridad biológicas, si así se requiera.

Este riesgo se hace más patente en aquellas muestras que han sufrido transporte y con las que ha de ser especialmente cuidadoso, teniendo siempre la precaución de desinfectar externamente el contenedor, previamente a su apertura.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene que conocer los riesgos biológicos y lo que comporta el transporte de estos materiales y conocer las medidas de protección activa y pasiva para los trabajadores que tengan contacto con muestras biológicas. Tiene que conocer el plan de actuaciones necesarias en el caso de accidente y a quien comunicarlo, de acuerdo con los planes establecidos. Debe de tener conocimiento de los requisitos especiales de conservación de las muestras para el transporte, en relación a la temperatura, como al tiempo máximo de entrega, a los sistemas de registro, a la adecuada manipulación de embalajes, a los métodos de apilamiento y prevención de movimientos inadecuados.

6 Bibliografía

1. Ramón F, dir. Recomendaciones para la acreditación de laboratorios clínicos, Volumen 1. Comité de Garantía de la Calidad y Acreditación de Laboratorios. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Barcelona: SEQC, 1996.

2. Acuerdo europeo sobre transporte internacional de mercancías peligrosas por carretera, ADR2003. (Suplemento del BOE número 33, de 7 de febrero de 2003).

Capítulo 70

SALUD MENTAL DEL TRABAJADOR SOCIAL: EFECTOS ASOCIADOS A FACTORES LABORALES

LUCIA VILLA GUTIERREZ

ANA MARIA CANELO DIAZ

ERUNDINA PRIETO ALVAREZ

SILVIA GARCIA MIGUELEZ

1 Introducción

Los factores laborales han sido estudiados de forma exhaustiva desde los años 90, incidiendo los investigadores muy especialmente en los efectos que los mismos pueden tener sobre la salud de los trabajadores. Aunque dichos efectos pueden ser tanto positivos como negativos, la literatura científica ha insistido en analizar, profundamente, los segundos. Así, surge el concepto de “riesgo laboral”, que se plasma convenientemente en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

En relación a lo anterior, la evidencia científica diferencia claramente dos aspectos importantes relacionados con los factores laborales: por un lado, la carga mental; por otro lado, la carga física. Es la física la más analizada y estudiada, especialmente en categorías profesionales con claras enfermedades y patologías asociadas a sus funciones. Sin embargo, la carga mental -y sus efectos sobre el

trabajador- pueden ser asimismo devastadores en caso de no detectarse con premura su existencia (Canepa, 2010).

De entre todos los profesionales, aquellos relacionados con el sector de la salud han sido los más analizados por los investigadores, centrándose dichos estudios especialmente en las medidas ergonómicas y de higiene postural asociadas a la carga física de su desempeño laboral. En relación a la carga mental y sus consecuencias directas sobre la salud de la persona, son aquellos profesionales que se encuentran en contacto directo con pacientes y usuarios quienes más sobresalen en la literatura, especialmente quienes deben trabajar de forma diaria con personas en situación vulnerable (Arquer, 1999). Por todo lo anterior, este trabajo se centra en la figura del trabajador social, cuya importancia es clave en el bienestar y salud pública.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es detectar qué aspectos indiquen directamente en la carga mental del trabajador social que desarrolla su actividad laboral en una institución sanitaria.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Google Scholar, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: trabajador social, factores laborales, carga mental, efectos, consecuencias, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 12 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 4 salidas de la web. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 8.

4 Resultados

Tras realizar un exhaustivo análisis de los estudios encontrados, se halla que la profesión del trabajador social puede conllevar una serie de riesgos y consecuencias a nivel mental, psicológico y emocional, que han de ser estudiados convenientemente.

En primer lugar, la carga mental en el trabajador social se va a encontrar directamente relacionada con las características de la tarea a llevar a cabo. En el caso de este profesional, su tarea se va a encontrar asociada con el contacto directo con usuarios con dificultades diversas: desde personas dependientes, hasta personas mayores, pasando por menores en riesgo o exclusión social. El nivel de complejidad de la tarea a llevar a cabo, así como la capacidad de generar una solución a corto o largo plazo, incidirá en la ansiedad que el trabajador social acabe generando. Asimismo, diversas variables personales tales como: nivel de responsabilidad adquirida, perfeccionismo, autoexigencia, capacidad de autocontrol y empatía... serán variables mediadoras.

Por otro lado, ha de tenerse en cuenta que las tareas a llevar a cabo por el trabajador social tienen, en multitud de ocasiones, una complejidad que impiden hallar soluciones rápidas y efectivas a corto plazo. Esto choca con los planes empresariales y de los sistemas y servicios de salud, que priman la velocidad y eficiencia. Por lo tanto, el factor “tiempo” ha de ser contemplado como un aspecto de riesgo en el desarrollo de la carga mental en el trabajador social, que puede acabar generando en patológica.

Asimismo, no se puede hablar de carga mental laboral sin tener en cuenta otras variables asociadas a este contexto, que aunque forman parte de la vida privada del trabajador, incidirán de forma directa en su desempeño laboral. Es el caso de: problemas laborales y personales asociados, cargas familiares, nivel funcional, enfermedades...

Para acabar, uno de los factores primordiales y estudiados a lo largo de las últimas décadas como aspecto central generador de problemas psicológicos y emocionales en el lugar de trabajo, es el aspecto social: el sufrir bullying por parte de los compañeros, sentirse aislado, la falta de apoyo, discriminación, acoso laboral y sexual... están a la base de la carga mental en los trabajadores que nos encontramos analizando.

A modo de prevención, se halla que promover una adecuada comunicación tanto entre los propios compañeros como con instancias superiores, resulta caramente efectivo. Por otro lado, poner en marcha protocolos ante casos de acoso, también es una medida que ha comenzado a implementarse en los últimos años y que está resultando positiva.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el trabajador social se encuentra expuesto de forma habitual y recurrente a diversos riesgos que pueden provocar una gran carga mental, que pueden acabar afectando a su salud física y emocional. Por ello, diversas medidas preventivas se han comenzado a implementar en las últimas décadas gracias a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995. Aunque estas se han mostrado claramente efectivas y eficaces, se sugiere -a través de este estudio- que algunas mejoras pueden ser llevadas a cabo. Entre otras: realizar cursos formativos que permitan al trabajador detectar las primeras señales que indican sufrimiento psicológico y emocional, así como dar pautas rápidas de actuación en casos de especial gravedad.

6 Bibliografía

- Aguirre Martínez, R. (2010). Evaluación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado. *Rev. chil. ter. ocup*, 87-99.
- Arquer, M. I. (1999). NTP 534: Carga mental de trabajo: factores. Madrid. Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Canepa, C. D. (2010). *Actividad Laboral y Carga Mental de Trabajo*. *Ciencia & Trabajo*, 12(36).
- Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *V Xerte*, 38.
- Ferrer, R. A. M. Ó. N., & Dalmau, I. (2014). *Ergonomía cognitiva y carga mental. Manual de Psicopsicología aplicada al trabajo ya la prevención de los riesgos laborales*, 159-189.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales
- Martín, B. H. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (52), 314-325.
- Pons, I. D., & Puig, R. F. (2004). Revisión del concepto de carga mental: evaluación, consecuencias y proceso de normalización. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 35(4), 521-546.

Capítulo 71

PROTECCIÓN MEDIOAMBIENTAL. TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS, NORMAS SANITARIAS PARA SU CONTROL Y ELIMINACIÓN.

JOSÉ MARÍA DE LOS DOLORES PRIETO

1 Introducción

La correcta ordenación y normalización de los residuos sanitarios permite disminuir el posible riesgo hacia la salud y el medio ambiente derivado de una deficiente gestión intracentro a la vez que minimiza los costes de la gestión global de residuos sanitarios. En los últimos años se ha hecho un uso abusivo del material desechable, tanto en el empleo doméstico como en el sanitario y, en consecuencia, ha aumentado considerablemente la cantidad de residuos. En el campo que nos ocupa, pues, se ha de intentar limitar el uso de material desechable sólo a los trabajos que entrañen un peligro de infección.

La solución tradicionalmente empleada en muchos hospitales y centros sanitarios ha sido la incineración intracentro, aunque la mayor parte de los hornos intracentros han quedado obsoletos porque los residuos tratados forman una masa cada vez más heterogénea y con mayor proporción de plásticos clorados, con lo que estos incineradores no están adecuados para respetar los límites de emisión de gases cada vez más estrictos. La Unión Europea está trabajando en una nueva directiva, sobre límites de emisión de gases procedentes de la incineración de residuos peligrosos. La información disponible indica el establecimiento de unos

límites muy estrictos, en cuanto al tipo de hornos y a la eficacia de los equipos de limpieza de gases.

Para cumplir estos límites es necesario instalar incineradores de tecnología moderna, dotados de un horno específico y de un sistema de lavado de gases de alta eficiencia. En estas condiciones, una incineradora de residuos sanitarios se convierte en una instalación técnicamente muy sofisticada que requiere una explotación y un mantenimiento especializados, difícilmente abordables por un centro sanitario. Por estos motivos, en algunos países, la mayor parte de los incineradores intra-hospitalarios han sido clausurados.

Por otro lado, la descontaminación y la eliminación de residuos son operaciones íntimamente relacionadas, ya que la desinfección o la esterilización constituyen la primera fase de la eliminación. Todos los materiales y elementos de un equipo han de eliminarse con el tiempo; sin embargo, en el trabajo cotidiano sólo es necesario eliminar o destruir cierta proporción de aquellos. El resto se aprovecha para volver a utilizarlo, como ocurre con el material de vidrio, el instrumental y la ropa de trabajo. Por esta razón, el concepto de eliminación puede interpretarse en el sentido más amplio, en vez de hacerlo restrictivamente como proceso destructivo.

2 Objetivos

- Resumir los principales problemas del uso abusivo de material desechable sin una eliminación posterior eficiente para el medio ambiente.
- Explicar los protocolos de limpieza y eliminación de residuos básicos, de conocimiento necesario para cualquier trabajador relacionado con la sanidad.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica donde se buscan evidencias a cerca de los residuos producidos por el sistema sanitario y su eliminación. La revisión bibliográfica se hará a partir de diversos artículos, web y protocolos. Y para la búsqueda bibliográfica utilizaremos bases de datos como Dialnet, Cuiden Plus y Scielo.

4 Resultados

Concepto de residuo sanitario.

El riesgo asociado al uso o a la manipulación del material propio de la actividad sanitaria (agujas, gasas empapadas en sangre en una cura o una intervención quirúrgica, tejidos extirpados, pipetas de laboratorio, etc.) no tiene nada que ver con el riesgo asociado a los residuos. Sólo cuando este material es rechazado (porque su utilidad o manejo clínico se dan por acabados definitivamente), y únicamente a partir de este momento, se convierte en residuo. Clasificación:

Los residuos generados por actividades sanitarias se pueden clasificar en:

- Residuos sanitarios asimilables a residuos municipales o de tipo I.
- Residuos sanitarios no específicos o de tipo II.
- Residuos sanitarios específicos o de riesgo o tipo III.
- Residuos tipificados en normativas singulares o de tipo IV.
- Residuos sanitarios asimilables a residuos municipales o de tipo I

Son los que no plantean exigencias especiales en su gestión. Estos residuos incluyen cartón, papel, material de oficinas y despachos, cocinas, bares y comedores, talleres, jardinería y residuos procedentes de pacientes no infecciosos, no incluidos en los grupos II y III.

A. Residuos sanitarios no específicos o de tipo II:

- Son residuos sobre los cuales se han de observar medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento y el transporte, únicamente en el ámbito del centro sanitario.
- Estos residuos incluyen material de curas, yesos, ropa y material de un sólo uso contaminados con sangre, secreciones y/o excreciones, todos ellos no englobados dentro de los residuos clasificados como residuos sanitarios específicos.

B. Residuos sanitarios específicos de riesgo o de tipo III:

- Son residuos sobre los cuales se han de observar medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento, el transporte, el tratamiento y la eliminación, tanto dentro como fuera del centro generador, ya que pueden representar un riesgo para la salud laboral y pública.
- Los residuos sanitarios específicos de riesgo se pueden clasificar en:
 1. Residuos sanitarios o infecciosos, capaces de transmitir alguna de las enfermedades infecciosas que figuran en la lista que se incluye en el punto 10.
 2. Residuos anatómicos. Cualquier resto anatómico humano que se pueda reconocer como tal.

3. Sangre y hemoderivados en forma líquida. Recipientes que contengan sangre o hemoderivados, u otros líquidos biológicos. Se trata siempre de líquidos, en ningún caso de materiales cerrados o que hayan absorbido estos líquidos.
4. Agujas y material punzante y cortante. Cualquier objeto punzante o cortante utilizado en la actividad sanitaria, independientemente de su origen. Se trata fundamentalmente de agujas, pipetas, hojas de bisturí, portaobjetos, cubreobjetos, capilares y tubos de vidrio.
5. Vacunas vivas y atenuadas.

C. Residuos tipificados en normativas singulares o de tipo IV:

Son los residuos cuya gestión está sujeta a requerimientos especiales desde el punto de vista higiénico y medioambiental, tanto dentro como fuera del centro generador. Estos residuos incluyen:

- Residuos citostáticos: restos de medicamentos antineoplásicos no aptos para el uso terapéutico, y todo el material de un solo uso que haya estado en contacto con los fármacos nombrados. Por su peligrosidad, importancia cuantitativa y especificidad sanitaria, los residuos citostáticos destacan en el grupo de los residuos con contaminación química que se pueden generar en una actividad sanitaria.
- Restos de sustancias químicas: residuos contaminados con productos químicos que les dan el carácter de residuo industrial. Se trata de materiales muy diversos, como pilas, termómetros, disolventes, reactivos químicos, baños de revelado de radiografías, medicamentos, lubricantes, etc.
- Medicamentos caducados.
- Aceites minerales y sintéticos.
- Residuos con metales.
- Residuos radiactivos: residuos contaminados con sustancias radiactivas. Su recogida y eliminación es competencia exclusiva de ENRESA (Empresa Nacional de Residuos Radiactivos, S.A.).
- Restos anatómicos humanos con entidad: cadáveres y restos humanos con entidad, procedentes de abortos u operaciones quirúrgicas. Su gestión está regulada por el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria (Decreto 2263/74, M. Gob., BOE de 17.8.1974).

1. Recogida:

El primer paso a seguir en el tratamiento de los residuos sanitarios es su clasificación, por lo que no se depositarán en un mismo recipiente residuos sanitarios de tipos diferentes, respetando la clasificación establecida, consiguiéndose así minimizar la cantidad de residuos. Al mismo tiempo, la recogida de residuos san-

itarios deberá atender a los criterios de asepsia, inocuidad y economía.

2. Recipientes:

Los residuos de los grupos II y III se recogerán en bolsas y recipientes cuyas características técnicas se adaptarán a los criterios siguientes:

- A. Estanqueidad total.
- B. Opacidad a la vista.
- C. Resistentes a la rotura.
- D. Asepsia total en su exterior.
- E. Ausencia total en su exterior de elementos sólidos, punzantes y cortantes.
- F. Volumen no superior a 70 litros.
- G. Cierre especial hermético de fácil apertura y que no pueda abrirse de forma accidental.

Residuos sanitarios cortantes y punzantes:

Los residuos cortantes y punzantes han de ser recogidos en recipientes impermeables, rígidos y a prueba de pinchazos. Una vez llenos estos recipientes, tendrán que eliminarse como residuos sanitarios específicos.

1. Residuos citostáticos: se recogerán en contenedores de un sólo uso, de polietileno o de poliestireno, de manera que permitan la incineración completa, que sean resistentes a los agentes químicos y a los materiales perforantes y que dispongan de cierre hermético especial.

2. Identificación: la identificación externa de las bolsas, recipientes y contenedores destinados a la recogida de residuos del grupo III y citostáticos, será la siguiente:

-Grupo II: no necesitarán identificación.

-Grupo : residuos de riesgo.

-Citostáticos: material contaminado químicamente. Citostáticos.

3. Residuos tipo sangre y hemoderivados: la opinión que predomina en el ámbito internacional (Centers for Disease Control, Ministerio de Sanidad del Canadá, Ministerio de Medio Ambiente de Holanda, OMS, etc.), es que el mejor método de eliminación de la sangre, derivados y secreciones orgánicas es el de verterlos por el desagüe conectado a la red de saneamiento del centro sanitario y que por lo tanto no es necesaria la desinfección previa de los residuos. Se ha de tener en cuenta que las cloacas están concebidas para recibir grandes cantidades de materias orgánicas infecciosas. Por otro lado, los residuos biológicos sanitarios líqui-

dos representan un volumen ínfimo en comparación con las materias orgánicas fecales que se eliminan normalmente para la red de saneamiento. La única excepción a esta práctica la constituyen los residuos sanitarios específicos líquidos procedentes de pacientes con infecciones no endémicas en España y los cultivos líquidos de microbiología, que han de tratarse como a residuos sanitarios específicos sólidos. Es importante que el vertido por el desagüe se haga con especial precaución, de forma que se eviten al máximo las salpicaduras y la formación de aerosoles. Por lo tanto, si el recipiente con líquido biológico es difícil de abrir, no se ha de intentar agujerearlo o forzarlo, sino que se ha de eliminar como residuo sanitario específico sólido (grupo III).

4. Transporte intracentro: es recomendable que los residuos sanitarios recogidos en las diferentes zonas del centro sean transportados al almacén de residuos sanitarios con una periodicidad máxima de 12 horas. Los contenedores o estructuras de soporte y sistemas de transporte han de limpiarse en lugares adecuados con agua a presión y detergentes. Es recomendable que, tanto los sistemas de transporte como los contenedores de los centros generadores de residuos, sean estructuras sin rincones, que faciliten al máximo el proceso de limpieza. No se han de dejar bolsas ni recipientes de residuos en lugares no previstos, si no es la zona donde se han producido, o bien en el almacén. Uno de los problemas más importantes que pueden aparecer durante el transporte de los residuos dentro de un centro hospitalario es la rotura de las bolsas. Para poder evitarlo es necesario:

- A. Utilizar bolsas de galga adecuada (nunca inferior a 220 mg/cm²).
- B. No almacenar las bolsas unas encima de la otras; las bolsas deben colocarse una al lado de la otra sobre una superficie horizontal.
- C. Dentro de la estructura o carro de transporte no se han de comprimir para poder transportar mayor cantidad en un solo trayecto, ni se puede sobrepasar el nivel que permita el cierre de la tapa del carro.
- D. Nunca deberán arrastrarse las bolsas por el suelo, sino que se han de utilizar los sistemas de transporte.

El personal que transporta los residuos ha de llevar guantes resistentes a los pinchazos por agujas, vidrios y otros materiales punzantes y que no se puedan agujerear pero que a la vez se adapten y sean cómodos. Este personal ha de disponer de una ropa exclusiva para este trabajo y en el momento de acabarlo han de tener a su disposición un baño con ducha y ropa limpia. Siempre que en la manipulación se sospeche que pueden producirse aerosoles o salpicaduras, se han de utilizar gafas y mascarilla.

5. Almacenamiento: los residuos sanitarios se podrán almacenar en el mismo edificio durante un período máximo de 72 horas, que se puede alargar a una semana si el almacén de residuos dispone de un sistema de refrigeración (temperatura máxima 4 °C). El almacén tendrá que estar ventilado, bien iluminado, debidamente señalizado, acondicionado para poder desinfectarlo y limpiarlo, y situado de manera que no pueda afectar a espacios vecinos. El almacén se ha de poder cerrar y ha de tener fácil acceso. En caso de no disponer de un sistema de tratamiento propio, las operaciones de carga en los vehículos de transporte se tendrán que realizar en condiciones de seguridad, limpieza y agilidad, disponiendo al efecto los espacios y medios que sean necesarios. Estas instalaciones tendrán que permitir una fácil limpieza y desinfección. El almacén ha de estar protegido de la intemperie, de las temperaturas elevadas, de los animales y el acceso al mismo sólo se permitirá al personal autorizado.

6. Tratamiento y eliminación: el tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios del grupo III y citostáticos deberá atender a criterios de inocuidad, asepsia y salubridad con el fin de garantizar la eliminación de los gérmenes patógenos y la protección del medio ambiente. Fuera de los centros, los residuos del grupo II se tratarán y eliminarán como residuos asimilables a los municipales. Los residuos del grupo III se podrán eliminar mediante incineración, en hornos preparados para esta finalidad y estarán contruidos con unas características técnicas definidas.

Se ha de tener en cuenta que cuando se habla de incineración se refiere a incineración efectuada fuera del recinto sanitario y llevada a cabo por empresas autorizadas que ofrezcan toda la garantía de no contaminar el medio ambiente, según la Orden 18 de octubre de 1976 (M. Ind., BB.OO.E. 3.12.1976, rect. 23.2.1977), sobre Prevención y corrección de la contaminación atmosférica de origen industrial, y el Real Decreto- legislativo 1302/86 de 28.6, (M. Obras Púb., B.O.E. 30.6.1986) sobre Evaluación de impacto ambiental. La generación de residuos biológicos sanitarios representa fundamentalmente un problema de seguridad e higiene en el trabajo, especialmente en el interior de los centros sanitarios, mientras que el riesgo de infección para la comunidad es poco importante y prácticamente limitado a ciertas infecciones no endémicas de España. El riesgo mayor proviene de una incineración inadecuada. Por este motivo, en muchos países, se está imponiendo como medida alternativa a la incineración, el tratamiento de los residuos mediante la esterilización y, una vez triturados, se asimilan a los residuos urbanos. Otro método de eliminación es el tratamiento por microondas, aunque este es más complejo que el anterior, ya que primero se han de humedecer los

residuos pues sólo así las microondas serán efectivas. Los residuos del grupo III también se podrán eliminar como residuos asimilables a los municipales, siempre que hayan sido previamente tratados mediante esterilización por vapor caliente a presión por técnica de autoclave, es decir mediante acción desinfectante por proceso fraccionado de vapor al vacío. Los residuos del grupo III que sean cortantes y punzantes, como agujas de bisturí, estiletes y cualquier material metálico que pueda ser vehículo de transmisión de enfermedades, podrán ser tratados mediante esterilización en el mismo centro, y después eliminados como residuos asimilables a los municipales. La eliminación de residuos citostáticos se realizará mediante neutralización química o incineración a una temperatura que pueda garantizar su destrucción.

7. Plan de gestión intracentro: la responsabilidad de hacer cumplir la normativa referente a la clasificación, la recogida, el almacenaje, o la cesión de los residuos sanitarios al transportista autorizado y si es necesario, la referente al tratamiento y eliminación, corresponde normalmente al director o al gerente del centro sanitario que genera los residuos sanitarios. En consecuencia, el gerente ha de desarrollar las siguientes funciones:

- Vigilar el cumplimiento de las disposiciones aplicables a las operaciones citadas anteriormente.
- Informar al personal del centro sanitario de los riesgos asociados a los residuos sanitarios y la forma de prevenirlos.
- Tomar las iniciativas oportunas para conseguir la gestión correcta de los residuos sanitarios.
- Tramitar a la Administración competente las informaciones y los datos que les sean solicitados, y garantizar su exactitud.

Lista de enfermedades infecciosas transmisibles por agentes patógenos contenidos en los residuos sanitarios infecciosos (grupo III):

- Cólera.
- Fiebres hemorrágicas causadas por virus.
- Brucelosis.
- Difteria.
- Meningitis, encefalitis.
- Fiebre Q.
- Muermo.
- Tuberculosis activa.
- Hepatitis vírica.
- Tularemia.

- Tifus abdominal.
- Lepra.
- Ántrax.
- Fiebre paratifoidea A, B y C.
- Peste.
- Poliomielitis.
- Disentería bacteriana.
- Rabia.
- Sida.

5 Discusión-Conclusión

El aumento excesivo del uso de materiales desechables y generación de elevadas cantidades de residuos es un factor muy importante a tener en cuenta y precisa de un control. Los gases producidos por la quema de estos, entre otros métodos de eliminación afectan perjudicialmente al medioambiente. Esto se podría reducir mejorando la política y concienciando al personal sobre un uso eficiente y una eliminación de residuos lo menos perjudicial posible.

6 Bibliografía

1. Servicios de Medicina Preventiva. Manuales de Gestión de Residuos Hospitalarios de los hospitales del SESCAM. Toledo: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras; 2004. [Documento interno no publicado].
2. Servicio de Servicios Generales y Conciertos del SESCAM. Pliego de Prescripciones Técnicas para la Contratación del Servicio de Limpieza de los centros dependientes del SESCAM. Agosto 2005. [Informe técnico no publicado].
3. INSALUD. Manual de Gestión de Residuos Sanitarios. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1992.
4. Rutala WA, Mayhall CG. Medical waste, Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13(1): p 38-48.
5. Diputación de Cádiz. Plan Provincial de Gestión de Residuos Sanitarios. Cádiz. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía; 1997.
6. Comisión de Calidad Ambiental. Manual de Gestión de Residuos Peligrosos. Universidad de Salamanca. [en línea: fecha de acceso 2 de noviembre de 2004]; URL disponible en: http://www3.usal.es/personal/usalud/calid_amb/manual.htm

7. Consejería de medio ambiente. Residuos Biosanitarios y Citotóxicos Comunidad de Madrid [en línea: fecha de acceso 2 de noviembre de 2004]; URL disponible en: <http://medioambiente.madrid.org/residuos.htm>
8. Ministry of Environment. The Management of Biomedical Waste in Ontario [en línea: fecha de acceso 2 de noviembre de 2004]; 20 April, 1994. URL disponible en: <http://www.ene.gov.on.ca/envision/gp/425e.pdf>
9. Consejería de Sanidad y Consumo. Gestión de Residuos en Centros Sanitarios. Mérida: Junta de Extremadura; 2003.

Capítulo 72

ERGONOMÍA EN TRABAJOS DE OFICINA

ROSA ISABEL GONZÁLEZ MENÉNDEZ

PILAR BLANCO GARCIA

CARMEN DOLORES MARTINEZ RUA

MARTA ISABEL GEA RODRÍGUEZ

BALBINA ALONSO BRASA

1 Introducción

Cuando hablamos de trabajos de oficina, la mayor parte de las personas piensa que es un trabajo que requiere poco esfuerzo y que no ocasiona demasiados accidentes laborales ni patologías profesionales. Pero cuando hablamos con los distintos profesionales que se dedican a trabajos de oficina nos damos cuenta de que hay bastante patología y problemas asociados a este tipo de trabajo. Hay diversos factores de riesgo como las posturas fijas que suelen estar asociadas a problemas músculo esqueléticos como dolor cervical o espalda, tendinitis en las manos por el uso del ratón, dolor en dedos y articulaciones; el uso de pantallas de visualización de datos que ocasiona múltiples problemas en los ojos como sequedad ocular o fatiga visual; así como el ambiente de trabajo o la organización inadecuada que está en muchos casos relacionado con la aparición de problemas psicosociales como el estrés o la ansiedad.

Todos estos problemas pueden en muchas ocasiones eliminarse y en otras reducirse notablemente si tenemos en cuenta una serie de pautas y consejos para: organizar el puesto de trabajo, colocando correctamente ordenador, mesa, silla, accesorios, así como para diseñar adecuadamente el entorno de trabajo (luz, temperatura o ruido) y mejorar en la organización y distribución de las tareas. Para ello debemos tener en cuenta la Ergonomía, que según la definición de la Asociación Internacional de Ergonomía, “es el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona”. Es decir que la Ergonomía nos ayuda a diseñar los puestos de trabajo adaptados a las características físicas y personales de cada trabajador, para conseguir un mayor rendimiento y minimizar las posibles lesiones y enfermedades que le pueda acarrear el desempeño de su trabajo.

2 Objetivos

- Analizar y evaluar los principales riesgos para la salud de los trabajadores que supone el trabajo de oficina y el uso de ordenadores.
- Definir las diferentes medidas que se pueden llevar a cabo en el diseño de las oficinas y los puestos de trabajo y que puedan incidir positivamente en la salud física y psíquica de los trabajadores.
- Aplicar la ergonomía al diseño de los puestos de trabajo y de las tareas y ajustarlo al tipo de trabajo y a las características personales de los trabajadores.
- Prevenir los riesgos laborales derivados de un mal uso o una mala disposición de los elementos necesarios para desarrollar el trabajo así como del sedentarismo que supone esta nueva forma de trabajo

3 Metodología

Revisión de manuales y cursos de prevención de riesgos laborales relacionados con trabajos de oficina. Consulta de documentación, estudios, guías técnicas y protocolos de actuación de empresas y universidades que versan sobre el uso de la ergonomía en el diseño del puesto de trabajo. Revisión de artículos publicados en diferentes páginas web.

4 Resultados

Para reducir al máximo los principales problemas que van asociados al trabajo en oficinas, esto es, problemas músculo esqueléticos, problemas en la visión y problemas psicosociales, es necesario una correcta utilización y diseño de los elementos con los que trabajamos principalmente así como del espacio en que lo desarrollamos.

El equipo de trabajo:

Para el trabajo en posición de sentado debemos tener un espacio que permita los cambios de postura en el transcurso de la actividad, así como un buen acceso. Las medidas serán de un mínimo de 60 cm de ancho por 65/70 de profundidad.

-La pantalla: debe estar situada a una distancia de 40 cm, frente al usuario. Debe ser móvil y que se pueda regular su altura e inclinación vertical, para orientar la pantalla y evitar reflejos. Debe poder regularse la luminancia, el contraste y los reflejos.

-El teclado: debe ser móvil con teclas fáciles de limpiar y cóncavas. Debe tener una altura, grosor e inclinación correcta que prevenga la aparición de problemas músculo esqueléticos. La distancia entre el teclado y el borde de la mesa será de 10 cm.

-El ratón: deben poder manejarlo tanto zurdos como diestros. Para poder manejarlo debe poder apoyarse el antebrazo en la mesa. La correcta colocación y utilización de este elemento, así como el uso de alfombrillas con reposa-muñecas es muy importante para la prevención de problemas tipo tendinitis, síndrome del túnel carpiano.

-La silla: debe ser de 5 pies y ruedas para facilitar su desplazamiento. El asiento debe ser flexible y situarse entre 38 y 48 cm del suelo, medir 40 cm de profundidad y el respaldo debe ser regulable hacia atrás. También debe ser regulable la profundidad del asiento. Si dispone de apoyabrazos se reduce la carga muscular en la zona del cuello y hombro. Se debe disponer de un reposapiés regulable en altura. El recubrimiento debe ser de material transpirable.

-La mesa o superficie de trabajo: las medidas de la mesa ideales son las que permitan realizar las tareas pertinentes y colocar todo el equipo de trabajo. Se suele recomendar de 80 cm por 120 cm. La altura de la mesa en relación a la altura de la silla debe permitir realizar el trabajo y el movimiento postural a partir de la postura de referencia.

-El portadocumentos o atril: es aconsejable colocar un portadocumentos a lado de la pantalla y a su misma altura que permita leer el documento sin girar el cuello y mediante un movimiento horizontal que es menos perjudicial que el movimiento

vertical.

Reposapiés: se debe apoyar ambos pies en el suelo, con las piernas formando ángulo de 90°, según la estatura del trabajador podrá ayudarse de un reposapiés.

Condiciones ambientales y entorno de trabajo:

-Iluminación: Al trabajar con pantallas deben evitarse los deslumbramientos. La iluminación debe oscilar entre los 300 y los 500 lux.

-Ruido: depende de la tarea que se vaya a realizar. Para las tareas de mayor concentración el nivel de ruido debe ser de 55 d8 (A), para las de menor concentración entre 65 y 70 d8 (A).

-Ambiente térmico: para las oficinas o lugares donde se realicen trabajos sedentarios la temperatura debe estar comprendida entre los 17 ° y 27°. La humedad entre el 30 y el 70%, salvo en los locales donde exista riesgo de electricidad estática, donde el límite inferior será del 50 %.

5 Discusión-Conclusión

Para reducir tanto los riesgos laborales como las dolencias más comunes asociadas a los trabajos de oficina, tales como (fatiga visual, dolores musculares, de cervical y espalda, de cabeza, tendinitis o mala circulación), es muy importante contar la ergonomía, que nos ayuda a diseñar, tanto un espacio como un puesto de trabajo, especialmente adaptado a las características físicas del trabajador. También es muy importante un buen diseño del entorno en el que desarrollamos nuestra labor, que nos permitirá contribuir al bienestar y a la salud del trabajador, reduciendo su ansiedad y su capacidad de lesionarse o enfermar. Los aspectos psicosociales son especialmente importantes y deben cuidarse a la hora de diseñar tanto la oficina como las relaciones de trabajo en la empresa.

6 Bibliografía

1. <http://www.ergoibv.com/blog/ergonomia-oficina-preparar-puestos-de-trabajo/>
2. <https://gsgbusinesshub.com/ergonomia-en-la-oficina/>
3. Curso Prevención de Riesgos laborales en trabajos administrativos del Instituto asturiano de administración pública Adolfo Posada. Elaboración, diseño y desarrollo Ingenia S.A.. Depósito legal: AS-4843-2008
4. Recomendaciones ergonómicas y psicosociales. Trabajo en oficinas y despachos. Universidad Complutense de Madrid.

Capítulo 73

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL NO SANITARIO. AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

CARMEN DOLORES MARTINEZ RUA

MARTA ISABEL GEA RODRÍGUEZ

BALBINA ALONSO BRASA

ROSA ISABEL GONZÁLEZ MENÉNDEZ

PILAR BLANCO GARCIA

1 Introducción

Los riesgos psicosociales son factores de riesgo para la salud que están directamente relacionados con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, la realización de la tarea o incluso con el entorno social. Tienen la capacidad de afectar tanto al desarrollo del trabajo como a la salud de las personas trabajadoras y generan respuestas de tipo fisiológico, cognitivo, emocional y de conducta. En la actualidad, estos riesgos son una de las principales causas de enfermedades y de accidentes laborales. Dentro de estos riesgos psicosociales los más reconocidos son el estrés, el acoso laboral, acoso sexual, la violencia en el trabajo, el Burnout y la inseguridad laboral.

El estrés es posiblemente uno de los riesgos psicosociales más importantes y cada vez más frecuente que va en aumento, siendo la segunda causa de baja laboral

en la Unión Europea. Se manifiesta como una respuesta física y emocional a una situación que la persona percibe como amenaza, es una respuesta natural, automática y necesaria para poder superarla. También es considerado como un gran problema ya que repercute en la productividad, en el deterioro de la salud, de la calidad de vida y el bienestar del trabajador y de la empresa.

Dentro los distintos sectores profesionales, los más afectados son los trabajadores relacionados con el ámbito sanitario el cual está considerado como unos de los más expuestos a niveles de estrés y dentro de éste nos encontramos con el personal no sanitario (personal administrativo y celadores) que se encuentra sometidos a una gran tensión laboral ya que su trabajo se realiza en contacto directo con los pacientes y sus familiares.

En este capítulo nos vamos a referir al personal administrativo. Estos en el desarrollo de sus funciones se encuentran con tiempo insuficiente para realizar las tareas que tiene asignadas, falta de recursos para llevarlas a cabo, la insatisfacción laboral y a todo esto se añade la presión que ejercen tanto los pacientes como los familiares, generando una mayor incidencia de riesgos psicosociales.

2 Objetivos

- Identificar los factores psicosociales desencadenantes del estrés el personal no sanitario.
- Determinar de que manera influyen en el rendimiento laboral se éstos y las causas que lo generan.
- Reconocer que cada día adquiere más importancia, situándose como la enfermedad de este siglo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal administrativo desarrolla su trabajo en atención directa al usuario lo que le hace sufrir un desgaste tanto físico como emocional. Los resultados confirman que el complicado entorno laboral en el que estos profesionales trabajan los exponen a situaciones poco favorables en relación a la salud. Reconociendo el grado de estrés y la relación con las tareas que desarrolla se podrán tomar acciones tendentes a disminuir las tasas de absentismo laboral así como propiciar la mejora en la atención al paciente.

Dentro de los factores de riesgos asociados a las características de los puestos de trabajo los que les predisponen a sufrir estrés laboral están:

1. Los factores derivados tanto de la organización como de las condiciones del trabajo:

-La sobrecarga en el trabajo debido a la mala organización, la falta de personal y de medios materiales, la dificultad, el ritmo y la presión de tiempo para realizarlo afectan al bienestar del trabajador produciendo alteraciones fisiológicas (ansiedad, agotamiento y nerviosismo) y conductuales (tabaquismo, alcohol, etc.).

-El trabajo a turnos. Tanto la turnicidad como nocturnidad, que se dan especialmente en determinados puestos de trabajo producen alteraciones en el ritmo biológico del organismo dando lugar a problemas de insomnio, al igual que causan trastornos en las relaciones interpersonales y en la vida social y familiar.

-La falta de motivación o falta de interés en el desarrollo de las actividades que conlleva el puesto. La monotonía, las tareas repetitivas o la falta de estímulos pueden llevar al trabajador a un estado de apatía que le conduce a no realizar las funciones habituales de la mejor manera. Cuando un trabajador comienza a desmotivarse empiezan a aparecer una serie de signos como el cansancio, irritabilidad con los compañeros, bajo rendimiento, pérdida del entusiasmo y su trabajo se ve reducido.

-Falta de autonomía. La falta de independencia a la hora de organizar el trabajo, asumir decisiones, tener iniciativa para poder elegir la planificación y el desarrollo sobre sus propias tareas, pueden predisponer al trabajador a padecer: fatiga física y mental, alteraciones familiares y sociales, sentimientos conflictivos, etc.

-La agresividad. El personal administrativo en el desempeño de sus funciones puede sufrir un comportamiento agresivo como consecuencia de la mala organización y gestión de trabajo, por el escaso contacto con sus compañeros o por el alto nivel de tensión de los miembros del grupo, generando enfrentamientos y discusiones hasta llegar incluso al acoso psicológico.

-También hay que tener en cuenta que el trabajo de estos profesionales se realiza en contacto directo con el público por lo cual pueden sufrir agresiones tanto de pacientes como de familiares que se sienten descontentos frustrados, vulnerables y en ocasiones fuera de control.

2. Factores derivados de las características individuales del trabajador:

-Las personas propensas a la despersonalización con pensamientos negativos, actitudes y conductas de cinismo y con alto grado de insatisfacción laboral.

-Personas impacientes, con un interés desmesurado por la perfección, por lograr metas elevadas, con implicación profunda en el trabajo y suelen mostrarse activas, competitivas, ambiciosas, agresivas e impacientes.

-Las que tienen una personalidad introversa, estas reaccionan con más intensidad al ser menos receptivas al apoyo social.

-Personas que son conformistas, inseguras y dependientes ante situaciones difíciles tienen más probabilidades de sufrir estrés .

-Las circunstancias personales las cuales están relacionadas con el estilo de vida, la situación familiar, el tiempo de ocio , etc.

5 Discusión-Conclusión

Es un hecho constatado el aumento de personas que están expuestas a riesgos psicosociales en el entorno de trabajo a causa del incremento de las exigencias en la realización de sus funciones.

El trabajo en el ámbito sanitario tiene unas características específicas que lo vinculan con experiencias laborales estresantes. El personal administrativo en el desarrollo de su trabajo, sufre un alto nivel de estrés que repercute negativamente sobre su salud, presentando una serie de síntomas asociados a él como son trastornos depresivos, musculares, psicosomáticos, etc.

Se considera el estrés una patología provocada por el trabajo presente en la mayoría de las organizaciones sanitarias, que provoca una disminución de las aptitudes en el desempeño de la práctica profesional, con la aparición de diferentes problemas de salud en el profesional que lo sufre y perjudicando tanto a la organización como a los pacientes y usuarios.

Para prevenir los riesgos psicosociales se deberían de establecer una serie de protocolos que ayudasen a detectarlos de forma precoz. Promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de las causas y riesgos asociados que lo producen, además de fomentar el desarrollo

de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo es necesario e imprescindible y así está establecido en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales en la cual dice: “la política en materia de prevención tendrá por objeto la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo dirigida a elevar el nivel de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores y trabajadoras en el trabajo”.

6 Bibliografía

1. Principales riesgos psicosociales del personal administrativo revistamedica.com
2. Características de los riesgos psicosociales en el personal no sanitario revistamedica.com
3. Riesgos laborales del auxiliar administrativo sanitario: los riesgos psicosociales revistamedica.com
4. Aproximación al estrés laboral en el ámbito sanitario. Auxiliares administrativos y celadores. La resiliencia vs factores psicosociales revistamedica.com
5. Síndrome burnout y estrés laboral en el personal no sanitario revistamedica.com
6. Los riesgos psicosociales en el personal administrativo <http://pdfs.wke.es>
7. Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario [http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/GuiaBasica de riesgos laborales en el sector sanitario](http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/GuiaBasica%20de%20riesgos%20laborales%20en%20el%20sector%20sanitario).
8. Riesgos psicosociales [https://es.wikipedia.org/wiki/Riesgos psicosociales](https://es.wikipedia.org/wiki/Riesgos_psicosociales).
9. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 74

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

COVADONGA SAN ROMÁN FERNÁNDEZ

AMOR ROCES MARTÍNEZ

1 Introducción

Según el diccionario de la Real Academia Española, humanizar se define como “hacer humano, familiar y afable alguien o algo”. Humano como comprensivo, sensible a los infortunios ajenos, y humanización, la acción y efecto de humanizar o humanizarse. Este término comprende múltiples dimensiones de la persona, incluyendo aspectos educativos, sociales, políticos o culturales. Sin embargo, cuando hablamos de humanizar la sanidad, a priori puede parecer un contrasentido, ya que no hay nada más humano que el servicio por la salud, aliviar, cuidar, curar, prevenir y ayudar a otros seres humanos.

Las profesiones sanitarias, son intrínsecamente humanizadoras. El problema surge desde el momento en que existe una relación desigual entre unas personas con conocimientos técnicos y otras personas frágiles, vulnerables, frecuentemente angustiadas, cuyas dolencias les afectan profundamente en su vida diaria. El gran reto de la medicina, desde que surge a partir de Hipócrates, era humanizar la relación entre profesionales de la salud y la persona enferma. La insistencia sobre la humanización de la asistencia sanitaria lleva a buscar algunos aspectos de cómo pueden contribuir a ella no sólo el personal sanitario, sino también el personal administrativo.

El problema de la deshumanización de la persona en los ámbitos sanitarios requiere alguna reflexión. Los grandes avances científicos y tecnológicos no solamente traen como consecuencia un considerable aumento de la esperanza de vida, sino también una forma de tratar al paciente que puede llegar a producir lo que podríamos llamar cosificación de la persona.

Siempre que hablamos de humanizar la asistencia sanitaria, de hacer más cercana la ayuda profesional a los enfermos que la demandan, pensamos que son los sanitarios los únicos que deben adoptar una actitud cercana a quien atienden. Sin embargo, hay otros profesionales no sanitarios, como los auxiliares administrativos, que también pueden contribuir a humanizar la atención sanitaria que demanda el enfermo.

2 Objetivos

Mostrar las aportaciones por parte del auxiliar administrativo en la humanización del entorno sanitario, determinación de la normativa que regula los derechos del paciente y la humanización sanitaria y definición de las técnicas para la mejora en la calidad asistencial.

3 Metodología

Para realizar el estudio aquí presentado he realizado un análisis bibliográfico en distintas bases de datos como: Dialnet, Scielo, PubMed, Elsevier y buscadores como Google Scholar, introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio. Finalmente, se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información y descriptores establecidos. Las palabras empleadas para su búsqueda fueron: deshumanización, Sistema Sanitario, humanización, calidad asistencia y auxiliar administrativo.

4 Resultados

Centrémonos en el personal administrativo de los centros de salud o de los hospitales para revisar cómo, independientemente de cumplir profesionalmente de manera adecuada su función, pueden también contribuir a que el paciente se sienta mejor atendido.

Es verdad que existen varios factores que pueden dificultarlo, como puede ser la sobrecarga de trabajo, pero no debe ser una disculpa para no hacerlo mejor.

Cuando un paciente llega al Centro de Salud con su padecimiento, que ya le provoca bastante sufrimiento, el primer contacto con el auxiliar administrativo puede ya favorecer su alivio o por el contrario aumentar su sufrimiento. Va a depender de la actitud de quien le atienda. Una sonrisa, una actitud de ayuda, serán suficientes junto a su eficacia profesional para que el paciente comience a aliviar su miedo, su angustia, antes de enfrentarse a un diagnóstico o a un tratamiento, antes de ser atendido por el personal sanitario. Por eso se puede afirmar que quienes tienen funciones administrativas en el área de la salud también pueden humanizar la asistencia sanitaria de los usuarios. Se puede aliviar su padecimiento si se evita el exceso de burocracia.

Definición de humanización.

“Hacer humano, familiar y afable a algo o alguien“. Es la definición que la Real Academia de la Lengua Española hace del término Humanizar, en realidad significa hacerla digna de la persona, coherente con los valores que percibe como únicos e inalienables, hacerla coherente con lo que permite dar un significado a la existencia humana, todo lo que le permite ser verdadera persona.

La humanización en el ámbito sanitario podría definirse: como el cuidado al paciente en el sentido más estricto de la palabra, promoviendo y protegiendo la salud, curando las enfermedades, garantizando un ambiente sano y armonioso tanto físicamente, emocionalmente, socialmente y espiritualmente.

La sensibilización con el paciente según los códigos deontológicos de los profesionales de la salud ha de realizarse intentando llegar a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1947), elaborando un abordaje integral de la persona, ponderando las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual, reforzando la asistencia, haciéndola digna y acorde a los valores inalienables al ser humano y a la dignidad de la persona.

Normativa derechos y humanización sanitaria.

El marco legal que regula las garantías de una asistencia sanitaria de calidad y el cumplimiento del derecho básico que es la salud es Artículo 43 de la Constitución Española, que promulga:

-Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

-Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

-Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio (Constitución española, 1978). En lo concierne directamente a los derechos en los servicios sanitarios se desarrolló la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como Norma básica estableció la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud establecidas en el artículo 43 de la constitución; en ella se recoge el derecho de la personalidad, dignidad e intimidad del paciente (BOE, 1986). Finalmente, fue la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica quien completó Los Principios Generales fijados en la Ley General de Sanidad, estableciendo su atención en la humanización de los servicios sanitarios. Esta ley manifiesta el mayor de los respetos por la dignidad de la persona y la libertad individual y por otro lado proclama la garantía de la salud como un derecho inalienable de la población a través del Sistema Nacional de Salud (BOE, 2002).

Técnicas para la mejora asistencial.

De la distinta bibliografía utilizada se puede manifestar que los principales puntos que pueden mejorar la calidad de atención son: la formación y entrenamiento del personal, la información al paciente y la mejora de medios e infraestructuras. Otros puntos a tener en cuenta son: reducción de tiempos de respuesta, información a los usuarios sobre prestaciones sanitarias, incentivar la participación de los profesionales, planificación de métodos de adiestramiento en personal alternativo. Dentro de las tácticas de funcionamiento del sistema es de vital importancia el derecho y respeto a la intimidad del paciente, el derecho a ser informado en todo momento del proceso y a recibir información adecuada y precisa sobre la salud como lo hábitos saludables para la mejora de la salud.

Carencias en la práctica asistencial.

De los amplios estudios de calidad realizados se puede llegar a la conclusión que la cultura sanitaria de hoy, con la técnica como bandera, sufre de amplias carencias que nos permite hablar de deshumanización, haciéndose necesario un cambio significativo entre instituciones, personal, tanto sanitario como de servicios, administrativos, etc., pacientes y familiares que finalice en el bienestar y humanización en el ámbito sanitario como un movimiento de acogida al paciente.

El personal, los cuidados y bienestar del paciente.

La limitación que sufre el paciente en su naturaleza, volviéndolo frágil, con deficiencia de orden físico y que altera su naturaleza, su vida familiar, social, etc., afectando a su capacidad psicológica y que dificulta su adaptación a la nueva situación durante el proceso de enfermedad que le hace ser más indefenso, implica al personal sanitario y no sanitario en la obligación de cuidarle. Atendiendo todos los aspectos, con actitudes que se demuestran en las acciones y que están aseguradas por derecho, y desarrolladas por las capacidades que puedan favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan (incluyendo su familia), para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir, entendiendo como capacidades: las cualidades necesarias al desarrollo de las actividades del personal traducidas en conocimiento, habilidades y destreza manual, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico, juicio y capacidad de toma de decisiones.

Actitudes humanizadoras.

Facilitar los trámites por parte de los auxiliares administrativos, cuando llegan los usuarios al centro de salud y cuando salen de él. A quienes puedan tener más dificultades para comprender como pueden ser las personas mayores, quienes padecen deterioro cognitivo, quienes tienen niveles culturales bajos o tienen dificultades con el idioma, es también una actitud humanizadora de la atención administrativa.

En ocasiones, la atención es a través del teléfono, pues bien, con una actitud de escucha y una voz amable también se puede conseguir un acercamiento a la persona a pesar de la distancia. La atención sanitaria desde la asignación de la cita también se puede humanizar y ayudará al paciente a tener más confianza en las personas que le van a atender.

Informar sobre el retraso de la consulta es una manera de aliviar la angustia que suele provocar la espera injustificada, y sin explicación alguna, a los enfermos. Una explicación sencilla por el retraso, un pedir disculpas por las molestias ocasionadas, dejarán al paciente más tranquilo y éste tendrá la sensación de que el personal de ese centro de salud o de ese hospital le tienen en cuenta como persona, no como un número más.

Cuando un enfermo sale del centro de salud con la sensación de haber sido bien atendido, también recordará que los asuntos administrativos han sido resueltos por personas amables y humanas. Si el enfermo cuando sale del centro de salud

recuerda gratamente a todas las personas que le han atendido, incluso a los administrativos, será un buen indicador de calidad asistencial de ese centro sanitario. Para todo ello, será bueno tener presente, cuando atendemos a alguien, la siguiente reflexión: ¿cómo me gustaría que me atendieran a mí? Si lo hiciéramos de esta manera, sin duda alguna lo estamos haciendo bien.

5 Discusión-Conclusión

La reflexión final de este estudio es que humanizar está relacionado directamente con el cuidado, y los cuidados con el cuidador, convivir con el sufrimiento, con el cansancio, con la enfermedad, con el clima laboral, etc. genera tensión y agotamiento en los profesionales, por lo que se hace necesario proteger y salvaguardar al profesional del temido cansancio emocional del profesional

6 Bibliografía

1. La Sanidad Española en Cifras 2018. Fundación Gaspar Casal para Círculo de la Sanidad. Autores: Alicia Coduras Martínez. Juan E. del Llano Señaris. ISBN: 978-84-09-09357-1
2. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2018.
3. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los de los servicios sanitarios”. Rocío Díaz/ Universidad de Málaga.
4. Los administrativos de la salud también contribuyen a humanizar la asistencia sanitaria. Jacinto Batiz Cantera, jefe del Área de Cuidados de Hospital San Juan de Santurce (Vizcaya).
5. Villanueva A, Nebot C, Galán G, Gómez G, Cervera M, Joaquín J, Pérez J y Tomas L. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a cabo la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. *Medisan* 2006; 21 (DOI: S1134-282X (06) 70781-3): 199-206.
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [En línea]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
7. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [En línea]. Disponible en: <https://www.boe.es>
8. Artículo 43. Cap. III: De los principios rectores de la política social y económica, Tít. I De los derechos y deberes fundamentales La Constitución española. [En línea]. Disponible en: <http://www.congreso.es>

9. De la fuente M, Rojas M, Gómez M, Lara P, Morán E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina intensiva. [En línea] 2018; 42 (ISSN-e 1578-6749): 99-109. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>

Capítulo 75

EL SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO

ARACELI COSMEN ÁLVAREZ

HILDA CUERVO MENENDEZ

MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ

1 Introducción

El secreto profesional hospitalario es "la obligación permanente de silencio que contrae el sanitario respecto a todo lo sabido o intuido sobre una o más personas en el transcurso de su relación profesional".

El secreto profesional obliga a todo el personal que entra en contacto con los datos personales de un paciente o usuario: médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, celadores, personal de limpieza, etc., es por lo tanto una obligación transversal a todas las categorías. Además, incluye todos los aspectos de la persona, tanto físicos, psíquicos o sociales, siendo lo referido a la salud especialmente sensible.

2 Objetivos

-Conocer nuestro deber de guardar secreto de todas aquellas circunstancias y situaciones que conozcamos por nuestro trabajo, tanto si lo hemos visto, deducido o el paciente nos los haya confiado.

-Conocer las excepciones en que el derecho a la intimidad de una persona no es ilimitado y cede cuando con él se conculca el derecho a la vida, la integridad psicofísica o la libertad de otra u otras personas y también cuando se compromete el bienestar social.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre artículos que desarrollan el secreto profesional, consultado la legislación vigente que regula y protege el derecho a la intimidad de las personas y el secreto profesional de la actividad asistencial del Sistema Nacional de Salud.

4 Resultados

Los tres elementos básicos del secreto profesional son:

- El contenido de la información obtenida, se deben considerar además de los datos respecto a la salud, el conocimiento sobre costumbres, hábitos domésticos, relaciones interpersonales, ideas políticas y cualquier otro aspecto no sanitario.
- La permanencia de la obligación, se debe tener en cuenta que ni la muerte del enfermo exime al profesional de la obligación de secreto.
- La intrascendencia del tipo de actuación profesional, comprende cualquier acto profesional por el que se accede a la información por lo que resultan afectados los actos no asistenciales como actuaciones periciales, de inspección, investigación docencia, etc.

El secreto profesional tiene una condición moral y otra jurídica. Desde el punto de vista moral, el deber de secreto es una norma ética de la profesión, todo profesional debe valorar desde el punto de vista meramente ético, las consecuencias que se derivan de su decisión de mantener o revelar el secreto que conoce. Estas consecuencias pueden afectar al paciente, a las personas relacionadas con él o al propio profesional sanitario.

Desde el ámbito legal existen diversas disposiciones legales y reglamentarias que de una forma u otra regulan y protegen el derecho a la intimidad de las personas e imponen la obligación de guardar sobre ella el sigilo, la reserva o el secreto profesional.

Actualmente no existe una ley que específicamente desarrolle el secreto profesional pero si la constitución española de 1978 en su artículo 20.1 d) establece que

la Ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades. Y en el artículo 24.2 de la constitución, en su inciso final precisa que la ley regulara los casos en que por razón de parentesco o de secreto profesional, no estará obligado a declarar sobre los hechos presuntamente delictivos.

Otras normas sanitarias que se proyectan a lo largo de la vida de toda la actividad asistencial en el Sistema Nacional de Salud y se reconoce como un derecho de pacientes y usuarios son:

- Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.
- El Código penal de 1995 castiga al profesional que divulgue secretos de otra persona con una pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.
- La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de noviembre, garantiza el derecho a la intimidad de los trabajadores.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cuya última modificación se ha producido por Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil.
- La Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatuario de los Servicios de Salud recoge en el artículo 19.j entre las obligaciones del personal la de “mantener la debida reserva y confidencialidad de la información...”, y en su artículo 72.2 c) del estatuto califica como una falta disciplinaria muy grave.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de Julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

La revelación del secreto:

Existen determinados supuestos tanto éticos como legales en los que queda exceptuada la obligación del sanitario de guardar el secreto y el sanitario se verá obligado a romper el secreto profesional:

- Cuando haya peligro para la Salud pública o esté en juego la vida de terceras personas.
- Cuando declaren como testigos en un juicio.
- Está obligado a denunciar a la autoridad competente si tiene conocimiento de algún hecho delictivo al que haya tenido acceso por la actuación profesional.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales del ámbito sanitario debemos saber manejar muy bien la información que tenemos a nuestro alcance sobre el paciente, especialmente en las conversaciones que compartimos con compañeros sobre aspectos clínicos o de la evolutiva del paciente y que puedan ser oídas por otras personas; sin olvidar que la reserva de este secreto incluye el cuidado con aquellos documentos que transportamos, procurando llevarlos en sobres, no dejando la información personal a la vista, o los datos informáticos, usando claves seguras, así como la destrucción de aquella documentación que nos indique nuestros jefes.

Destacar que no respetar el secreto profesional es denunciabile y constitutivo de delito, castigado normalmente con penas económicas.

Por todo ello, es muy importante conocer nuestras obligaciones y cumplirlas respecto a la actividad asistencial del Sistema Nacional de Salud.

6 Bibliografía

1. Título de experto en ética médica. Confidencialidad y secreto profesional. Dra. M^o Teresa Delgado Marroquín.
2. Guías de ética en la práctica médica. Fundación para la información. Intimidad, confidencialidad y secreto.
3. <https://libros-revistas-derecho.vlex.es/>
4. www.revistamedica.com
5. [http://www.slideshare.net/secreto profesional](http://www.slideshare.net/secreto-profesional)
6. Constitución española de 1978.
7. Ley orgánica 3/1986, de 14 de Abril, de medidas especiales en materia de salud pública.
8. Código Penal de 1995.
9. Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
10. Ley 41/2002 de 14 de noviembre de Autonomía del paciente.

Capítulo 76

LAS INSTRUCCIONES PREVIAS COMO EXPRESIÓN DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD

HILDA CUERVO MENENDEZ

ARACELI COSMEN ÁLVAREZ

MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO

MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ

1 Introducción

Cualquier ciudadano mayor de edad, capaz y libre, tiene la posibilidad y el derecho de dejar constancia por escrito de los deseos acerca de los cuidados y asistencia sanitaria que desea recibir si llega un momento en el que las circunstancias le impidan expresar personalmente esa voluntad o tomar decisiones sobre su salud, o bien, una vez producido el fallecimiento, qué destino desea que se den a su cuerpo o sus órganos.

Esta expresión de la voluntad anticipada se formaliza en el Principado de Asturias en el Documento de Instrucciones Previas y viene recogido en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y posteriormente desarrollada por legislación autonómica.

El Principado de Asturias cuenta con un Registro de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, adscrito a la Consejería de Salud, que está conectado con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, lo que asegura que independientemente de en qué parte del territorio nacional se encuentre el otorgante el personal médico tendrá conocimiento de sus deseos expresados anteriormente.

La persona que otorga el documento de instrucciones previas puede nombrar en el mismo documento a un representante, que será el interlocutor con los equipos sanitarios y velará porque se cumplan las voluntades expresadas en el documento de instrucciones previas. La voluntad expresada en el documento de instrucciones previas prevalece, llegado el momento, sobre los deseos y la opinión de familiares y allegados.

El documento de instrucciones previas puede revocarse, modificarse o sustituirse en cualquier momento, y si existieran en el registro varios documentos de instrucciones previas de la misma persona, se tendrá en cuenta siempre el realizado en último lugar.

2 Objetivos

Compilar toda la información necesaria para formalizar el Documento de Instrucciones Previas en el Principado de Asturias como expresión del derecho a la información y a la confidencialidad.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión de la legislación vigente sobre la materia, así como la consulta a diferentes páginas web relacionadas con la Sanidad, tanto a nivel autonómico como estatal.

4 Resultados

De una manera esquemática podemos decir que lo pasos para realizar todo el proceso de formalización e inscripción de un documento de instrucciones previas son los siguientes:

1. Otorgamiento.
2. Solicitud de la inscripción.
3. La inscripción propiamente.

1. Otorgamiento:

La manera de otorgar el documento de instrucciones previas es a través de tres vías:

- Ante notario.
- Ante el personal del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.
- Ante tres testigos mayores de edad con plena capacidad de obrar, de los cuales como mínimo dos no podrán tener relación de parentesco hasta segundo grado ni estar vinculados por matrimonio o por análoga relación.

Existe un modelo normalizado de instrucciones previas, donde hay que hacer constar nombre y dos apellidos del otorgante, dirección, teléfono, sexo, documento nacional de identidad, número de tarjeta sanitaria, fecha de nacimiento, nacionalidad, el texto con las instrucciones previas, fecha, lugar de la declaración y la firma.

En caso de nombrar un representante para que ejerza de interlocutor con el equipo médico, deberán constar también los datos personales de éste, así como su dirección y teléfono.

2. Solicitud de la inscripción:

Junto con la solicitud de la inscripción, para la que también existe un modelo normalizado, se debe adjuntar una fotocopia compulsada del documento nacional de identidad del otorgante y además:

- Si el documento se formalizó ante la Administración: el original de éste.
- Si el documento se formalizó ante notario: copia autorizada del mismo.
- Si el documento se formalizó ante tres testigos: el original del documento y fotocopias compulsadas de los documentos nacional de identidad de los testigos.

La solicitud junto con los documentos enumerados deberá presentarse en el Registro General de la Consejería competente en materia de salud o en cualquier registro perteneciente a la Administración.

La persona competente resolverá sobre la inscripción del documento de instrucciones previas y esta resolución se notificará al solicitante en el plazo de 10 días. Si transcurridos 3 meses no se hubiera notificado dicha resolución se entenderá estimada la solicitud.

Para inscribir modificaciones, sustituciones o revocaciones de un documento de instrucciones previas se realizarán también una solicitud de inscripción acom-

pañada del modelo normalizado de la acción que se desee realizar.

5 Discusión-Conclusión

Según datos del Ministerio de Sanidad, a fecha de enero de 2020 el número de inscripciones en el Registro Nacional de Instrucciones Previas de ciudadanos asturianos asciende a 7.337, de los cuales un 37.79% son hombres y un 62.21% son mujeres. Por rango de edad, el mayoritario corresponde a mayores de 65 que alcanza el 51.66 % del total de inscritos. El número de inscripciones en Asturias ha ido incrementándose en torno a un 10% anual desde el año 2013, lo que implica un mayor conocimiento y uso por parte de la población de esta posibilidad.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Seguridad Social.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
3. Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
4. Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.
5. <https://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2013/06/04/voluntades-anticipadas-instrucciones-previas-y-testamento-vital/>
6. Portal de Astursalud.

Capítulo 77

EL CELADOR DE PUERTA: FIGURA IMPRESCINDIBLE EN LA SEGURIDAD Y EL ORDEN DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

PAULA MARÍA MENÉNDEZ GONZÁLEZ

DULCE MARÍA DIOS MÉRIDA

CLARITA BERNARDO FERNÁNDEZ

MARÍA MAGDALENA TORRE BLANCO

1 Introducción

La seguridad en los servicios de salud es esencial de cara a garantizar que las actividades asistenciales se lleven a cabo convenientemente, asegurando el bienestar del paciente y del personal sanitario. Por ello, en las instalaciones sanitarias suelen encontrarse diversas normas de obligado cumplimiento por parte de los usuarios de estas, estando las mismas referidas al silencio y al respeto (Burillo-Putze, Hernández Sánchez y Expósito Rodríguez, 2004).

Sin embargo, garantizar que dichas pautas se cumplan no sería posible sin la actuación de diversos profesionales, tales como los celadores, que se encargan de

mantener el orden, vigilar posibles infracciones y notificarlas a instancias superiores en caso de detectarlas. Esto debe conllevar, de manera obligada, una rigurosa disciplina y una formación específica que permita al celador ser dinámico, adaptándose a una multitud de circunstancias de diversa índole y que pocas veces son predecibles (Crespo, Alamillo y Ortuño, 2012).

A pesar de la importancia cardinal de estos profesionales, que se encuentran a la base de la calidad asistencial, sus funciones no se encuentran analizadas en profundidad por la literatura científica de los últimos años. Es por ello por lo que, en este trabajo, se procede identificar las tareas a desempeñar por los celadores de puerta de una institución sanitaria, poniendo en relevancia la importancia de las mismas.

2 Objetivos

Analizar las funciones del celador de puerta en el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como su impacto en la satisfacción final del usuario.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Google Scholar, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: celador de puerta, orden, seguridad, salud, sanidad, funciones. A través de estos tópicos, se encontraron 10 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper y se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 4 salidas de la web. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 6.

4 Resultados

Tras analizar los estudios encontrados, se halla que la satisfacción del usuario del SNS va a estar mediado, en buena medida, por las primeras impresiones. En este sentido, el trato dispensado por trabajadores del sistema nacional de salud, tales como el celador de puerta o los administrativos, serán aspectos fundamentales y mediadores que incidirán de forma determinante en la percepción final del paciente sobre la atención recibida.

En este trabajo, se analiza exhaustivamente la figura del celador de puerta, pues cuando un usuario accede a un hospital por la puerta principal, lo primero que se va a encontrar es al personal no facultativo, personal auxiliar administrativo y al celador. Así, se halla que las funciones de esta figura profesional son las que siguen:

1. Funciones de control, permitiendo el paso solo aquellas personas que, siendo ajenas a la institución, tengas intenciones que se correspondan con los servicios ofrecidos.
2. Informar de la situación espacial de las consultas o de diferentes áreas.
3. Vigilar adecuadamente la salida de pacientes, que deberán mostrar al celador la correspondiente autorización.
4. Recibir y repartir el correo interno, realizando primero una adecuada clasificación de este.
5. Ayudar a la movilidad en aquellos que deseen entrar a las instalaciones pero que no puedan hacerlos por medios propios.
6. Asegurar el orden y el silencio.
7. Proporcionar la información que se encuentre dentro de las funciones propias del celador.
8. Desarrollo de todas aquellas funciones, específicas de este puesto de trabajo, solicitadas por el personal sanitario y jefes de personal.
9. Notificar desperfectos generales, tanto en materiales de la institución, como en las propias instalaciones o a nivel de limpieza e higiene.
10. Vigilar los paquetes y materiales que introducen los familiares de pacientes ingresados, de modo que estos se encuentren autorizados.
11. En caso de conflictos o problemas, avisar inmediatamente a los cuerpos de seguridad.

Para desarrollar todas estas tareas de forma adecuada, el celador ha de disponer, así mismo, de una serie de habilidades sociales y comunicativas basadas en la capacidad asertiva, empatía, humildad, paciencia, capacidad de expresión verbal y comprensión oral.

Por otro lado, también primará en un buen desempeño laboral la capacidad de anteponerse a las necesidades del usuario, ejecutando soluciones rápidas en caso de que la información solicitada sea competencia de este profesional, sabiendo derivar las cuestiones de relevancia a los supervisores directos en caso de ser preciso.

Finalmente, se halla que uno de los errores más frecuentemente cometidos por estos profesionales es el romper el secreto profesional, de forma muchas veces

inconsciente. En este sentido, no entra dentro de las funciones del celador de puerta hablar sobre diagnóstico o pronósticos, exploraciones o tratamientos que se estén llevando a cabo, debiendo salvaguardar convenientemente la intimidad de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el celador es la persona que, frecuentemente, atiende primero al usuario que accede a las instalaciones de un servicio de salud. Por ello, debe tener un especial tacto y cuidado en la información aportada u otorgada al usuario. En este sentido, las habilidades sociales del celador deben ser las adecuadas y correspondientes a su puesto laboral. Así, se encuentran como fundamentales la confidencialidad, la asertividad, las habilidades verbales y comunicativas y la capacidad de valoración y evaluación, especialmente a la hora de determinar la importancia o gravedad de las demandas realizadas por el paciente o usuario.

Por todo lo anteriormente mencionado, el celador debe actualizar de manera continuada sus conocimientos. Por ello, una formación continuada, que le permita adecuarse a nuevos protocolos y pautas de actuación, se revela esencial.

6 Bibliografía

1. Burillo-Putze, G., Hernández Sánchez, M. J., & Expósito Rodríguez, M. (2004). La puerta de urgencias. *Revista Española de Cardiología*, 57(2), 184.
2. Crespo, A. R., ALAMILLO, M. A. T., & ORTUÑO, B. R. (2012). El celador y el trabajo en equipo. Lulu. com. de España, B. (1905). Reglamento para el servicio de guardia y vigilancia de porteros, ordenanzas y celadores. de Salud, S. M. (2005). Consejería de Sanidad. Sistema de Información sobre conductas de riesgo SICRI, años.
3. Fernández San Martín, M. I., Moineiro Camporro, A., Villanueva Guerra, A., Andrade Rosa, C., Rivera Tejido, M., Gómez Ocaña, J. M., & Parrilla Ulloa, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74(2), 00-00.
4. Gutiérrez, L., Hernández, M., & Molina, L. (2016). Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(3), 166-174.
5. Llorca, D. A. (2013). Cuestionario comentado del Celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario.

6. Llorca, D. A. (2013). Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario.
7. Salazar, I. C., Roldán, G. M., Garrido, L., & Parejo, J. M. R. N. (2014). La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Psicología Conductual*, 22(3), 523.

Capítulo 78

DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOS QUE DISPONEN LOS CELADORES PARA LA AYUDA AL PACIENTE: TRANSFER, MULETAS, BASTONES, ANDADORES, CINTURÓN DE TRASLADO Y SUJECCIÓN MECÁNICA

DULCE MARÍA DIOS MÉRIDA

CLARITA BERNARDO FERNÁNDEZ

MARÍA MAGDALENA TORRE BLANCO

MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

PAULA MARÍA MENÉNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Parte de todo trabajo es la seguridad, debe de tenerse en cuenta en todo momento y el trabajo del celador no es menos. A la hora de la movilización del paciente debe de tener en cuenta tanto su seguridad como la del paciente y para ello debe de conocer las limitaciones de ambos. El celador debe de conocer y seguir las normas para evitar los riesgos que pudieran aparecer y que el paciente esté lo más cómodo posible.

Los celadores deben mantener su formación actualizada para ser capaces de seguir dando una respuesta actualizada a la demanda, dentro de esta formación tiene un hueco esencial la movilización de los pacientes, siendo una de las labores más reseñables. Tan importante es la movilización del paciente en sí, como el conocimiento de todos los medios y materiales de los que se disponen en el centro sanitario y que van a ayudar en la labor de la movilización al celador.

2 Objetivos

Describir y conocer los materiales y dispositivos auxiliares de los que se disponen los celadores para la movilización de los pacientes que cuentan con una capacidad reducida de movimiento.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con los materiales accesorios disponibles para la movilización del paciente y cómo el celador los utiliza. La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:

- Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
- Revisión de manuales de actuación de hospitales.
- Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 2019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.

Los términos utilizados para la búsqueda han sido: movilización, transfer, muletas, celador, bastones, andadores, cinturón de traslado y sujeción mecánica.

4 Resultados

Se encuentra que los celadores son los encargados de la movilización del paciente, aunque no siempre tienen que realizar estas movilizaciones sin la ayuda de mecanismos auxiliares, dichos mecanismos son los transfer que se utilizan para pasar a un paciente de plano a plano, las muletas y bastones que sirven de apoyo al paciente, andadores utilizados por pacientes con poca estabilidad y los

mecanismos para inmovilizar. Describiremos uno a unos todos estos sistemas de ayuda tanto al paciente como al celador.

Transfer: es un dispositivo auxiliar que tienen los celadores para pasar a los pacientes de un plano a otro plano, es una gran ayuda para el celador ya que evita levantar todo el peso del paciente, evita también que se realicen movimientos bruscos y por lo tanto dolores innecesarios en los pacientes. El celador debe mantener siempre la seguridad del paciente, existen varios tipos de transfer, los fijos, que suelen estar en quirófano y ayudan en el traslado de la cama al tablero de quirófano. El Rolón que es un dispositivo formado de espuma y recubierto de tela lo que le permite ser usado en radiología, UCI o UVI y soportar gran cantidad de peso. Otro transfer es la tabla rígida, dado su bajo coste es muy común en todos los hospitales, se precisa de una entremetida para poder usarlo. El transfer necesita la actuación de dos personas indicando siempre al paciente lo que se va a hacer, se pone la cama en posición horizontal y frenada, a continuación se coloca cada una de las personas una a cada lado de la cama, ponen al paciente en decúbito lateral para poder colocar el transfer y se vuelve a poner al paciente de decúbito supino, el transfer se termina de colocar deslizando al paciente sobre él.

Muletas: son un sistema de apoyo para todo aquel paciente que tenga una atrofia o algún tipo de lesión en alguna pierna, proporcionan apoyo y seguridad al paciente a la hora de caminar, se deben seguir ciertas precauciones a la hora de utilizarlas que el celador debe de explicar al paciente para su seguridad y evitar otro tipo de lesiones o caídas. La postura debe ser erguida para evitar dolores de espalda, se debe de caminar despacio y sin brincar, las muletas deben de dirigirse hacia delante y los brazos deben de ir ligeramente estirados, según los puntos de apoyo que precise cada paciente, seguirá unas normas. Con muletas con cuatro puntos de apoyo para pacientes con una mala coordinación o problemas en ambas piernas, la muleta cuenta con 3 puntos de apoyo y debe de avanzar con la izquierda a la vez que el pie derecho y con la derecha a la vez que el pie izquierdo. Para una marcha con tres puntos de apoyo que será la indicada para aquellos pacientes que no pueden apoyar una pierna, deben de mover ambas muletas a la vez y después la pierna que sí puede apoyar dejándola a la altura de las muletas, nunca por delante. Cuando existe problema en ambas piernas el método a seguir será parecido a la tres apoyos con la particularidad de que se moverán ambas piernas a la vez por delante de las muletas. Cuando existe una lesión en una pierna que permita el apoyo, aunque no completo, se utilizará una sola muleta que se moverá a la vez que la pierna lesionada. A la hora de caminar con muletas se deben tener otras consideraciones como al subir o bajar escaleras, serán las

muletas y la pierna sana, en caso de haberla, los que irán por delante. Las muletas se utilizan en lesiones bilaterales, en el caso de las unilaterales se dispone de los bastones.

Bastones: su función será el de dar estabilidad y equilibrio al movimiento, como ya se mencionó anteriormente se utilizan en el caso de lesiones unilaterales y será el bastón, al igual que la muleta, quien avance primero, en este caso la extremidad con problemas será la que avance hasta ponerse en paralelo al bastón y luego lo hará la pierna sana. El bastón debe de ser agarrado desde el lado sano del paciente doblándose ligeramente el codo cuando al mantener el mango agarrado.

Andadores: son los que más estabilidad proporcionan a la vez que seguridad, los hay con ruedas y sin ruedas, los que poseen ruedas conllevan mayor movilidad a pesar de ser menos seguros y los que no llevan ruedas poseen cuatro puntos de apoyo y producen un movimiento en dos tiempos, primero se desplaza el andador hacia delante y luego será el paciente quien avance hasta su altura.

Cinturón de traslado: es un dispositivo que ayuda a la movilidad del paciente de forma segura desde la silla al sillón o al WC, no son indicados para pacientes con dolencias de espalda y deben de colocarse por encima de la ropa.

Sujeción mecánica: a parte de las movilizaciones el celador también tiene como función la de inmovilizar al paciente junto con el resto de personal sanitario, indicado para pacientes que están especialmente alterados.

5 Discusión-Conclusión

Se toma como conclusión que los celadores deben de conocer todos los dispositivos que existen para la movilización del paciente, tanto lo que lo ayudan para evitar el levantamiento íntegro de peso del paciente como aquello que ayudan directamente al paciente a moverse por sí mismo. Todos estos dispositivos deben utilizarse de la forma más correcta ya que pueden ocasionar lesiones no solo en el celador si no en el paciente, es el caso de las muletas, bastones o andadores, son los propios pacientes quienes utilizan estos materiales y exigen, en ciertos casos, un nivel de estabilidad y de fuerza en el tren superior elevado, conviene que el celador le explique al paciente cómo ha de utilizarlos y cómo debe de moverse en cada una de las situaciones que se puede encontrar, ya sea subiendo o bajando escaleras, saliendo de la cama, en el baño.

Cuando el celador hace uso de los dispositivos que tienen a su alcance para mover

a pacientes y evitar así el levantamiento de todo el peso del paciente debe de ser consciente de que la ayuda de otro compañero o de un enfermero puede ser necesaria igualmente, el paciente debe estar y sentir seguridad en todo momento.

6 Bibliografía

1. PIQUE, D. J., & LUCERO, N. (1951). El uso de bastones y muletas en la reeducación de la marcha. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 30(5), 333.
2. Bravo Sanchez, A. G. (2013). Uso de aditamentos ortopédicos: silla de ruedas, muletas, andadores y bastones y la independencia funcional del adulto mayor en el hogar sagrado corazón de Jesús de la ciudad de Ambato en el período septiembre 2011 febrero 2012 (Bachelor's thesis).
3. Núñez, D. M. (2009). *Manual Básico del Celador*. Lulu. com.
4. General, P. (2009). *Sujeción mecánica*.
5. Sanchez Paredes, N. Z. (2017). Cuidados de enfermería en pacientes con sujeción de tubo endotraqueal en el servicio de emergencia adulto del Hospital Cayetano Heredia, Lima 2014-2016.
6. Rodríguez, M. M., Lavela, F. R., & Rodríguez, J. M. (2005). TRANSFERENCIA DE PACIENTES EN URGENCIAS. *Enfermería Global*, 4(2).
7. Martín, R. A. (2016). Ergonomía aplicada a la movilización de pacientes en un servicio de hospitalización mediante el método MAPO. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(2), 43-50.
8. Sanchez, D. J., de Moya Romero, A., Solana, F. O., & de Enfermería, A. MOVILIZACIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE COLUMNA DORSO-LUMBAR.
9. GARCIA, J. G., DIAZ, J. P., NAVARRO, M. C. O., MARQUEZ, M. C. M., LOPEZ, C. C., MELERO, M. T., ... & COLLADO, R. M. L. MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO.
10. Ayala Martinez, E. (2016). *Prevención de Riesgos Laborales en la movilización de pacientes*.

Capítulo 79

RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO, AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA BEGOÑA SUÁREZ DEL BARRIO

1 Introducción

En el desempeño de su trabajo los profesionales de la administración de los centros de atención primaria están expuestos a múltiples riesgos psicosociales que se encuentran en el ambiente laboral.

Riesgo psicosocial es cualquier posibilidad de que un trabajador/a sufra un daño en su salud física o psíquica derivado bien de la inadaptación al puesto, método y proceso del trabajo en relación a las competencias del trabajador, bien a la influencia negativa de la organización, a las condiciones laborales, así como a las relaciones sociales de la empresa. Además, debemos añadir cualquier factor ambiental que afecte de forma directa al trabajador.

Por tanto, son muchos los factores que pueden desencadenarlo. Estos factores son muy complejos ya que muchas veces no son factores objetivos y dependen de una subjetividad del trabajador ya que cada uno las percibe con diferentes grados lo que genera efectos negativos para la salud.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos laborales psicosociales relacionados con el desempeño laboral de los trabajadores de las unidades administrativas de Atención Primaria.
- Determinar los factores de riesgo.
- Conocer cómo afrontar y actuar frente a los riesgos laborales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es muy importante distinguir entre los riesgos psicosociales y los factores psicosociales, ya que en un principio parece que podría ser lo mismo, pero no es así.

Como riesgo psicosocial, según la Agencia Europea de Salud y Seguridad en el Trabajo, se define como todos aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo, así como su contexto y ambiental, que pueden causar daño sociales, físicos y psicológicos a los trabajadores.

En la actualidad se consideran riesgos psicosociales:

- Estrés laboral.
- Estrés ocupacional.
- Síndrome de Burnout.
- Tecnoestrés.
- Estrés postraumático de origen laboral.
- Violencia en el trabajo.
- Actos o actitudes de violencia física.
- Acoso laboral.
- Violencia de terceros.

Los factores de riesgo laboral son condiciones que existen en el trabajo que de no ser eliminados tendrán como consecuencia accidentes laborales y enfermedades profesionales como las psicosociales. Éstos son de muy variada naturaleza a la vez que muy numerosos y se agrupan en dos grupos principalmente.

Factores objetivos: medioambiente físico en el trabajo. Nos referimos a todos los componentes del medio físico que un trabajador/a de la administración se encuentran su ecosistema laboral y que pueden ser negativos para su salud. Pueden ser factores físicos como: ruido, iluminación, condiciones de temperatura y humedad, espacio físico, radiaciones, vibraciones, material (silla, mesa, teclados, teléfono, ordenador, etc.).

- Factores biológicos: presencia de virus, bacterias, hongos.
- Factores químicos. Como polvo en suspensión, vapores, etc.

Relaciones laborales y las condiciones del empleo.

Son los aspectos que han a tener una clara influencia sobre el clima laboral. Éste es esencial por su influencia en la satisfacción y motivación de los trabajadores/as y a que un mal clima laboral deteriora el ambiente de trabajo. El buen clima laboral puede verse favorecido por, la existencia de un apoyo social y buen estilo de mando, las buenas relaciones personales, percepción de pertenencia a un grupo de trabajo, sistemas de reconocimiento y autonomía e independencia.

Contenido de las tareas.

Consideramos contenido del trabajo al conjunto de tareas que el trabajador/a desempeña activan aquellas capacidades que responden a sus expectativas y permite su desarrollo personal y psicológico. Los factores de riesgo son:

1. Realización de tareas cortas y repetitivas.
2. Trabajo monótono y rutinario.
3. Desconocimiento de para qué sirve su tarea.
4. Tareas sin ningún significado.
5. Tareas no ajustadas a la capacitación del trabajador/a.
6. Incremento de tareas o menos tiempo para realizarlas.
7. Cambio periódico de rol o puesto.

Estilos de mando y comunicación.

El estilo de mando influye en el ambiente de trabajo y en las relaciones entre todos los trabajadores y entre sus jefes. La actitud de los jefes va a determinar en gran medida el clima laboral. Se pueden dar diferentes estilos de dirección entre ellos tenemos:

1. Estilo autoritario. El jefe concentra todas las decisiones, no delega y no escucha a sus subordinados.
2. Estilo paternalista. Promueve el paternalismo y la sobreprotección, y no promueve el liderazgo.
3. Estilo pasivo. No hay ningún control del jefe al trabajo de sus subordinados, el jefe da comentarios, pero no dirige, es decir cada uno hace las cosas como quiera.
4. Estilo democrático, favorece la participación de los trabajadores, el compañerismo y la pertenencia a un grupo. Este estilo de liderazgo es el más adecuado.

Definición de Rol.

Son el conjunto de expectativas de la conducta asociadas al puesto de trabajo. En definitiva, es lo que se espera de la persona que desempeña un trabajo independiente mente de quien lo ocupe. El factor más influyente es la ambigüedad de rol, que deriva de una falta de dirección con objetivos no claros que influye en la comunicación, la relaciones.

Organización del trabajo.

Hace referencia al esquema de funcionamiento de la organización y tiene como principales factores:

1. La ordenación del tiempo de trabajo: tipo de jornada, horario de trabajo, vacaciones.
2. Ritmo de trabajo hablamos en este caso de las la imposición de un ritmo elevado en la resolución de tareas producen insatisfacción y estrés.

Autonomía.

La autonomía es la iniciativa del trabajador/a para poder elegir la planificación y el desarrollo de su trabajo. Los aspectos que inciden en la autonomía son:

1. Orden y secuenciación de tareas.
2. Método de trabajo.
3. Contenido del trabajo.
4. Ritmo del trabajo.
5. Satisfacción sobre el resultado.
6. Distribución del tiempo de trabajo.
7. Reparto de pausas y descansos.
8. Trabajo en grupo.
9. Objetivos claros y medibles.

Carga mental.

La carga mental en el trabajo se define como el nivel todos aquellos esfuerzos cognitivos que el trabajador/a debe de realizar en el desempeño de su trabajo. Se pueden clasificar en dos categorías:

1. Según la exigencia de la tarea:

- A. Atención por largo tiempo sobre una o más fuentes de información.
- B. Tratamiento de la información.
- C. Grado de responsabilidad.
- D. Horario de trabajo, pausas, trabajo a turnos.

2. Según la situación del trabajo se dividen en

- Físicas:

- A. Iluminación.
- B. Ruido.
- C. Condiciones climáticas.
- D. Olores.
- E. Lugar de trabajo.

- Sociales y de organización:

- A. Tipo organización.
- B. Ambiente en el trabajo.
- C. Factores de grupo: cohesión.
- D. Estilo de dirección.

Factores subjetivos.

Estos factores afectan a todos los/las trabajadores/as, pero no todos lo perciben de igual forma bien por su percepción personal bien por su propia interpretación. Además, en este tipo de factores hay que incluir diversos factores que modifican o amplifican los anteriores como la edad, el sexo, la formación, el estilo de vida, la experiencia vital del trabajador/a, su trayectoria profesional, personal, responsabilidades familiares, etc.

Todos los riesgos y factores que afectan a los/as trabajadores/as de las unidades administrativas de los centros de atención primaria son muy variados y numerosos. Los/as trabajadores/as están por tanto muy expuestos a enfermedades derivadas del desempeño de su labor cotidiana. Tales enfermedades que pueden encontrarse tanto en el campo físico como psíquico, pueden verse influida en muchas ocasiones por el carácter subjetivo debidas al tiempo de exposición, características personales.

Los riesgos psicosociales pueden determinar en su dimensión física en forma de trastornos físicos como trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respira-

torios, endocrinos, sexuales, dermatológicos, musculares, de dolor crónico, etc. Pero también pueden causar trastornos psicológicos como emocionales como: preocupación excesiva confusión, incapacidad de mantener atención, olvidos frecuentes, bloqueos mentales, mal humos, trastorno de sueño, ansiedad, miedo, depresión, hipersensibilidad, trastornos de personalidad, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos psicosociales afectan tanto al trabajador como a la organización. La parte relacionada con el trabajador siempre será la más importante, pero en ningún caso se pueden desligar. Además, los factores desencadenantes son muy complejos pues están influidos por cuestiones subjetivas que dependen de cada persona y cada uno vive y percibe las cosas de manera diferente.

La consecuencia de los riesgos psicosociales afecta sobre todo a la persona y va a determina en caso último una incapacidad temporal y en casos más graves una incapacidad permanente. Por ello, es necesario que las administraciones pongan todos los recursos necesarios para garantizar unas condiciones de empleo adecuadas para generar un buen ambiente de trabajo que minimice el impacto de estos riesgos y factores.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 noviembre, de prevención de riesgos laborales.
2. Acuerdo Marco sobre el Estrés laboral.
3. RD 486/97 sobre lugares de trabajo. www.ugt.es/saludlaboral/
4. <http://www.ugt-andalucia.com/publicaciones-prevencion-de-riesgos-laborales>

Capítulo 80

¿QUÉ ES EL BURNOUT?

MARÍA BEGOÑA SUÁREZ DEL BARRIO

1 Introducción

El concepto de desgaste profesional o Burnout procede del término anglosajón burn out que se traduce literalmente por apagarse, fundirse o agotarse y describe una situación de agotamiento tras un periodo de esfuerzo y dedicación con altas demandas emocionales. En el lenguaje coloquial el término es utilizado con la expresión "estar quemado o sentirse quemado".

El desgaste profesional es un fenómeno laboral de naturaleza compleja pues en su aparición intervienen factores de carácter individual, que son los que predisponen a las personas a percibir, a comportarse y a sentir de una determinada manera, y factores de carácter contextual en relación con las distintas facetas del trabajo (organización, relaciones personales, contenido de trabajo, condiciones del puesto, etc.). Ambos factores son desencadenantes del desgaste profesional siempre y cuando estén relacionados con una situación de estrés crónico. Por sí solos no determinan necesariamente que el trabajador esté expuesto al burnout.

2 Objetivos

- Conocer el significado del Burnout.
- Identificar los síntomas.
- Desarrollar las fases.
- Determinar las consecuencias.

3 Metodología

Se utilizaron buscadores en ciencias de la salud como: PubMed español, Scielo, etc. Criterios de inclusión de artículos científicos: temática sobre síndrome Burnout y texto completo y gratuito en idioma español. Criterios de exclusión: texto en idioma distinto al español. Palabras clave: burnout, fases burnout, síntomas burnout y consecuencias burnout.

4 Resultados

Síntomas propios de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. El agotamiento emocional es el primer síntoma del desgaste profesional que se produce cuando una persona ya no puede aportar más de sí misma a nivel afectivo, es decir, no dispone de fuerzas o de recursos emocionales necesarios para hacer frente a las exigencias de su trabajo.

La despersonalización se manifiesta por el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo por parte del trabajador/a hacia las personas usuarias. Se produce un endurecimiento afectivo.

La baja realización personal se define como la predisposición a autoevaluarse de forma negativa en relación a su trabajo. Este pensamiento negativo sobre su competencia profesional afecta de forma importante a la realización de su trabajo y a la relación que mantiene con las personas usuarias a las que prestan asistencia.

Fases del síndrome Burnout: fase de entusiasmo, fase de estancamiento, fase de apatía y fase de distanciamiento.

-Fase inicial o de entusiasmo: Se caracteriza porque la persona tiene un alto nivel de energía, unas expectativas profesionales poco realistas y un desmesurado entusiasmo hacia el trabajo. En esta etapa la persona tiene un compromiso e implicación laborales excesivas que le llevan a una sobrecarga de trabajo, aceptada voluntariamente, pero que ello sumado a darse cuenta del incumplimiento de las expectativas iniciales que tenía, le genera un sentimiento de desilusión que se agudiza en las fases posteriores.

-Fase de estancamiento. La persona al darse cuenta de que no puede cumplir las expectativas iniciales, aumenta su desilusión, disminuye la actividad y comienza la pérdida del entusiasmo e idealismo inicial. El trabajador/a duda de su capacidad profesional y comienza a manifestarse el estrés.

-Fase de apatía. Es la fase central del Síndrome Burnout y se caracteriza la ten-

dencia de la persona a paralizar sus actividades, desarrollando la apatía y falta de interés por el trabajo. Surgen, así pues, los problemas emocionales, conductuales y físicos. Evita el contacto con sus compañeros, hay reiteradas faltas al trabajo, etc. Todo ello abre paso a la última fase del burnout, la del distanciamiento.

-Fase de distanciamiento. Se caracteriza porque la persona se siente frustrada en su trabajo. Manifiesta un distanciamiento emocional y desvalorización total en la actividad laboral que desempeña. Es la fase totalmente opuesta a la inicial. Pierde el entusiasmo e idealismo por su trabajo evitando tanto a compañeros como usuarios de manera frecuente.

5 Discusión-Conclusión

Todo lo descrito anteriormente tiene unas consecuencias para el profesional y para la organización del centro de trabajo. Estas consecuencias son de tipo psicósomáticas, cognitivas, emocionales y conductuales.

-Psicósomáticas: el trabajador/a manifiesta sentirse sin fuerzas, con cansancio continuo, le cuesta conciliar el sueño, levantarse y comenzar la jornada. También pérdida del apetito.

-Cognitivos: en su trabajo tiene la impresión de que los problemas son cada vez más difíciles de resolver. Se sobredimensionan los problemas, sintiéndose sobrepasado/a y sin los suficientes recursos para desempeñar correctamente su trabajo.

-Emocionales: el trabajador/a se siente emocionalmente agotado/a. Se distancia de sus compañeros/as de trabajo como forma de autoprotección. Incluso en ocasiones les culpa de su malestar. Hace presencia pues también la irritabilidad.

-Conductuales: cambia su conducta con compañeros/as y usuarios/as. Tiende a distanciarse para protegerse, con lo cual aparece esa actitud de desconfianza que caracteriza el agotamiento profesional.

Las anteriores son consecuencias para la salud del trabajador/a, pero a su vez también hay consecuencias para el centro en el que trabaja y para su vida personal: La tendencia al aislamiento le distancia de sus compañeros/as de trabajo con lo cual las relaciones se vuelven tensas y distantes. Se deteriora el ambiente de trabajo. Como dato relevante acerca del tema tratado destaca que el 60% del personal de los centros de salud padece el síndrome del quemado o síndrome de Burnout.

6 Bibliografía

1. <https://www.universia.es/fases-burn-out/burn-out-sindrome-quemado/at/1121751>[consultado 24/02/2020]
2. <https://www.diariosur.es/v/20101009/malaga/personal-centros-salud-padece-20101009.html>[consultado 25/02/2020]
3. Alonso-Fernández, F. (1997). Psicopatología del trabajo. Barcelona: Edika Med.

Capítulo 81

TRABAJO SOCIAL Y VOLUNTARIADO

TAMARA GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

El término voluntariado hace referencia a una persona o conjunto de personas que se unen libre y desinteresadamente a un grupo para trabajar con fines benéficos o altruistas. Los principios básicos de voluntariado social son los siguientes:

- Gratuidad, ya que es una acción que no conlleva remuneración económica.
- Complementariedad, ya que es una vía de ayuda a los profesionales dedicados a la acción social.
- Solidaridad, ya que busca modificar las causas que llevan al individuo o grupo a la marginación social.
- Asociacionismo, ya que se lleva a cabo dentro de un marco asociacional organizado.

El voluntariado está regulado por la Ley de Voluntariado 45/2015 del 14 de octubre, donde da la definición del voluntariado, su ámbito de aplicación, los ámbitos de actuación, los derechos y deberes de los voluntarios. Además de a nivel nacional, existe legislación a nivel autonómico, en Asturias es la siguiente: Ley del Principado de Asturias 10/2001, de 12 de noviembre, del voluntariado.

Entre los derechos de los voluntarios mencionaremos los siguientes:

- Recibir regularmente durante la prestación de su actividad, información, orientación y apoyo, así como los medios materiales necesarios para el ejercicio de las funciones que se les encomienden.
- Recibir en todo momento, a cargo de la entidad de voluntariado, y adaptada a sus condiciones personales, la formación necesaria para el correcto desarrollo de las actividades que se les asignen.

- Ser tratadas en condiciones de igualdad, sin discriminación, respetando su libertad, identidad, dignidad y los demás derechos fundamentales reconocidos en los convenios, tratados internacionales y en la Constitución.
- Participar activamente en la organización en que se inserten, colaborando en la elaboración, diseño, ejecución y evaluación de los programas o proyectos, de acuerdo con sus estatutos o normas de aplicación y, en la medida que éstas lo permitan, en el gobierno y administración de la entidad de voluntariado.
- Estar cubiertos, a cargo de la entidad de voluntariado, de los riesgos de accidente y enfermedad derivados directamente del ejercicio de la acción voluntaria y de responsabilidad civil en los casos en que la legislación lo exija (mediante seguro).
- Ser reembolsadas por la entidad de voluntariado de los gastos realizados en el desempeño de sus actividades, de acuerdo con lo previsto en el acuerdo de incorporación y teniendo en cuenta el ámbito de actuación de voluntariado que desarrollen.
- Disponer de una acreditación identificativa de su condición de voluntario en la que conste, además, la entidad de voluntariado en la que participa.
- Realizar su actividad de acuerdo con el principio de accesibilidad universal adaptado a la actividad que desarrollen.
- Obtener reconocimiento de la entidad de voluntariado, por el valor social de su contribución y por las competencias, aptitudes y destrezas adquiridas como consecuencia del ejercicio de su labor de voluntariado.
- Que sus datos de carácter personal sean tratados y protegidos de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Cesar en la realización de sus actividades como voluntario en los términos establecidos en el acuerdo de incorporación.

Además los voluntarios tienen una serie de obligaciones:

- Cumplir los compromisos adquiridos con las entidades de voluntariado en las que se integren, respetando los fines y estatutos de las mismas.
- Guardar la debida confidencialidad de la información recibida y conocida en el desarrollo de su acción voluntaria.
- Rechazar cualquier contraprestación material o económica que pudieran recibir bien de las personas destinatarias de la acción voluntaria, bien de otras personas relacionadas con su acción voluntaria
- Respetar los derechos de las personas destinatarias de la acción voluntaria en los términos previstos en el artículo 16.
- Actuar con la diligencia debida y de forma solidaria.
- Participar en las tareas formativas previstas por la entidad de voluntariado para

las actividades y funciones confiadas, así como en las que con carácter permanente se precisen para mantener la calidad de los servicios que presten.

- Seguir las instrucciones de la entidad de voluntariado que tengan relación con el desarrollo de las actividades encomendadas
- Utilizar debidamente la acreditación personal y los distintivos de la entidad de voluntariado.
- Respetar y cuidar los recursos materiales que ponga a su disposición la entidad de voluntariado.
- Cumplir las medidas de seguridad y salud existentes en la entidad de voluntariado.
- Observar las normas sobre protección y tratamiento de datos de carácter personal.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer la definición de voluntario.

Objetivos secundarios:

- Conocer los principios básicos del voluntariado social.
- Mencionar las directrices por las que debe guiarse el voluntario.
- Conocer la legislación en relación al voluntariado.
- Identificar derechos y obligaciones de los voluntarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para ser voluntario no es necesario tener una edad mínima, los menores de edad pueden ser voluntarios siempre y cuando sus progenitores lo consientan.

Además, los trabajadores por cuenta ajena podrán ser voluntarios siempre fuera del horario de su jornada laboral.

Los ámbitos de aplicación del voluntariado son los siguientes:

- Voluntariado social: busca actuar sobre la realidad social.
- Voluntariado internacional para cooperación al desarrollo: está vinculado sobre todo con la educación, busca la ayuda humanitaria y el desarrollo de la solidaridad internacional.
- Voluntariado cultural: promueve y defiende el derecho de acceso a la cultura, incluyendo la integración cultural y la protección de identidad cultural.
- Voluntariado deportivo: contribuye a cohesión ciudadana y social (incluye el practicado por personas con discapacidad).
- Voluntariado ambiental: busca reducir el impacto negativo del ser humano sobre el medio ambiente.
- Voluntariado educativo: contribuye a compensar desigualdades a través de la realización de actividades extraescolares.
- Voluntariado socio-sanitario: incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, la rehabilitación y la atención social que va dirigida al conjunto de la sociedad o a los colectivos en situación de vulnerabilidad.
- Voluntariado de ocio y tiempo libre, que forma y sensibiliza en los principios y valores de la acción voluntaria mediante el desarrollo de actividades dentro de la educación no formal.
- Voluntariado de protección civil: colabora en la gestión de emergencias, en las actuaciones determinadas por el Sistema Nacional de Protección Civil.
- Voluntariado comunitario: que favorece la mejora de la comunidad, y promueve la participación con mayor poder de decisión e iniciativa para resolver los problemas y exigir mayor calidad de vida en los espacios vitales más cercanos donde se desenvuelven los voluntarios.

Entre los aspectos claves que se buscan en un voluntario se pueden citar los siguientes:

- Que sea participativo.
- Que se comprometa con los principios e ideologías de la entidad donde desarrolle su labor.
- Que esté dispuesto a recibir la formación facilitada sobre su grupo de actuación.
- Que esté motivado.
- Que sea capaz de trabajar en equipo, ya que su labor se va a realizar junto con más personas.

- Que esté disponible para cumplir los objetivos sobre los que está dispuesto a trabajar.

5 Discusión-Conclusión

El voluntariado social se realiza en diversos ámbitos (inmigración, discapacidad, toxicómanos, etc.) ayudando a la labor de los diferentes profesionales dedicados a la acción social, no sólo a los trabajadores sociales, sino también a psicólogos, antropólogos, terapeutas ocupacionales, etc.

Es de vital relevancia que la persona que va a realizar la labor de voluntario esté familiarizado con el ámbito de actuación, así es necesario que conozca:

- El entorno que rodea a los usuarios.
- La problemática asociada.
- Los recursos de los que dispone.
- Sus funciones.

La labor como voluntario es una experiencia, que pese a no ser remunerada ayuda al sujeto a aprender mucho sobre la profesión desde un punto de vista diferente ya que la satisfacción de ayudar a los demás es algo muy gratificante para el ser humano.

Hay controversia respecto a la labor del voluntario ya que en ocasiones se plantean dudas sobre la usurpación de puestos de trabajo, por eso es necesario dejar claro que cada uno tiene una funciones diferentes. Además, la propia ley dicta que "el trabajo de un voluntario nunca podrá sustituir al trabajo retribuido".

El voluntariado es una acción necesaria en el mundo global en que vivimos actualmente.

6 Bibliografía

1. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=que+es+el+voluntariado>.
2. <http://www.lascuatropiedrasangulares.com/trabajo-social/el-voluntariado-en-trabajo-social>.
3. <https://sedemovil.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem>.
4. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-11072-consolidado.pdf>.

Capítulo 82

LA SALUD AMBIENTAL Y EL CAMBIO CLIMÁTICO

MARÍA DOLORES PASCUAL ALVAREZ

1 Introducción

Salud ambiental, según la Organización Mundial de la Salud, es "aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos; químicos, biológicos, sociales y psico-sociales.

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

En la actualidad, el cambio climático afecta de manera permanente la salud a escala mundial. Precisamente, la importancia de la salud ambiental es un tema absolutamente decisivo a la hora de la toma de decisiones significativas para el futuro de la sociedad ya que determinará el bienestar a nivel individual.

El Ministerio Español de Sanidad, Consumo y Bienestar Social lista algunos efectos sobre la salud que pueden ser provocados por factores ambientales. Entre ellos, las enfermedades respiratorias derivadas por la contaminación del aire. Uno de los datos relevantes publicados estima que nueve de cada diez personas están expuestas a niveles de contaminación del aire que superan los límites seguros. Por su parte, los plaguicidas afectan negativamente el sistema inmunológico y alteran los procesos endocrinos.

La contaminación del agua y las sequías también son un punto de gran relevancia, si tenemos en cuenta que el agua es esencial para la vida. La carencia de agua potable y de los sistemas de depuración es uno de los grandes desafíos.

También cabe destacar que las enfermedades no transmisibles (accidentes cardiovasculares, cáncer, neumopatías crónicas) constituyen en la actualidad, según un artículo de 2016 de la OMS “casi dos terceras partes del total de las muertes son debidas a la insalubridad del medio ambiente”.

En diversas fuentes de información, también se destaca que los niños son el grupo más susceptible a los efectos negativos del ambiente. Esto puede verse reflejado en las muertes prematuras, el cáncer infantil, entre otros.

Especialmente relevante son los efectos que el cambio climático está causando en la salud ambiental, debido a que los ecosistemas se ven alterados y, con ello, los bienes y servicios ambientales como el cambio de composición, capacidad de recuperación o la productividad de los ecosistemas naturales.

2 Objetivos

Identificar las medidas que se deben llevar a cabo para mejorar la salud ambiental.

3 Metodología

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

4 Resultados

¿Qué podemos hacer para mejorar la salud ambiental? En el caso de la contaminación del aire, disminuir sus niveles puede reducir la carga de morbilidad y mortalidad. Adoptar estrategias en los sectores del transporte, planificación urbana y generación de electricidad e industria permitirían esta reducción. Por ejemplo, la utilización de tecnologías limpias en las industrias, adopción de métodos limpios

de generación de electricidad, priorización del transporte urbano y uso de bicicletas, mejorar la eficiencia en la planificación urbana y gestión de desechos municipales, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) han emprendido conjuntamente la labor de relacionar la calidad del agua con la salud humana. En otras investigaciones en marcha se han apreciado, asimismo, algunos avances en la evaluación de las exposiciones, en especial a la exposición de la población a la contaminación atmosférica, tanto al aire libre como en ambientes cerrados. Sin embargo, es poco lo que se sabe de las relaciones dosis/respuesta y sobre los impactos que tiene para la salud humana la exposición a mezclas de contaminantes procedentes de diversas vías de exposición (dérmica, inhalatoria, por ingestión con alimentos contaminados).

Lo que parece claro, y así lo refleja un informe de la AEMA, es que la exposición de bajo nivel a una compleja combinación de contaminantes y sustancias químicas (incluidos los productos farmacéuticos) presentes en la atmósfera, el agua, los alimentos, los productos de consumo y los edificios puede estar afectando a la calidad de vida general o ejerciendo una fuerte influencia en los casos de asma, alergias, intoxicaciones alimentarias, determinados cánceres y afecciones relacionadas con la inmunodepresión.

5 Discusión-Conclusión

Ante estas perspectivas se puede afirmar que la contaminación del aire y del agua, el ruido, las emisiones químicas, la contaminación alimentaria, el agotamiento del ozono y las consecuencias del cambio climático seguirán siendo los principales problemas relacionados con la salud humana en el mundo desarrollado y que sus efectos serán cada vez más notorios, empezando por los grupos más vulnerables de la sociedad: fetos, niños, ancianos, mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas.

6 Bibliografía

- <http://www.ecodes.org>
- <http://www.elsevier.es>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>

- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 83

LA CELIAQUÍA Y SU DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO Y GENÉTICO EN EL LABORATORIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La celiacía, también denominada intolerancia al gluten o enteropatía sensible al gluten, es una enfermedad inmunológica que afecta tanto a niños como adultos.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008 publicó un documento sobre el diagnóstico precoz de esta enfermedad, en el que se indica una prevalencia estimada de 1/71 en edad infantil y 1/357 en edad adulta. En 2014, otro estudio (The New Epidemiology of Celiac Disease), demuestra que la incidencia ha aumentado notablemente y que entre las regiones del mundo con más prevalencia se encuentran Europa y EEUU.

La enfermedad celíaca o celiacía es la respuesta del sistema inmunitario al gluten presente en cereales como el trigo, la cebada o el centeno. En concreto, la proteína del gluten en el trigo está formada por la gliadina y la glutenina. La reacción inmunitaria desencadena la gliadina. En la cebada estas proteínas se denominan hordeínas y en el centeno, secalinas, siendo estas las causantes de la enfermedad.

Se trata de una enfermedad con unos síntomas variables que incluyen tanto manifestaciones gastrointestinales, que pueden ser atípicas en algunos casos, como

otras manifestaciones bastante inespecíficas (astenia, dolor musculoesquelético, fatiga mental, enfermedades reumatológicas, enfermedades autoinmunes, entre otras). Por estos motivos, se publicó en 2013 por el Comité de Expertos de Oslo, una relación de términos relacionados con la enfermedad celíaca, de donde se obtienen las siguientes definiciones:

- Enfermedad celíaca asintomática también llamada enfermedad silente: el paciente no presenta síntomas pero las pruebas serológicas y la biopsia intestinal diagnostican la enfermedad.
- Enfermedad celíaca clásica: el paciente presenta síntomas gastrointestinales como diarrea, esteatorrea, desnutrición, pérdida de peso, hipoalbuminemia)
- Enfermedad celíaca no clásica: el paciente presenta síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, colon irritable, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, etc; o presentar otros síntomas no gastrointestinales. No presenta síntomas de mal-absorción.
- Enfermedad celíaca subclínica: el paciente no presenta los síntomas clásicos pero si se observan una atrofia de las vellosidades del intestino y una positividad en las pruebas genéticas.
- Enfermedad celíaca sintomática: el paciente presenta tanto síntomas gastrointestinales como extra-intestinales, con atrofia de las vellosidades intestinales y pruebas serológicas positivas.
- Enfermedad celíaca potencial: el paciente presenta una serología y unas pruebas genéticas positivas, pero la biopsia intestinal es normal.

2 Objetivos

Identificar el diagnóstico en el laboratorio de la alergia o intolerancia al gluten, que implica tanto determinaciones serológicas como genéticas.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos científicos y publicaciones académicas revisadas disponibles en las principales bases de datos: Scielo, Slideplayer, Elsevier, ScienceDirect.

Se emplearon como descriptores: enfermedad celíaca, incidencia, marcadores serológicos, marcadores genéticos. Se emplearon como criterios de inclusión textos escritos en idioma castellano e inglés, y se excluyeron aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Las pruebas serológicas más habitualmente utilizadas en un primer despistaje de la enfermedad, son los niveles séricos de Ig A junto con los anticuerpos antitransglutaminasa tisular 2 IgA (ATG IgA). Estos últimos tienen utilidad diagnóstica en casos de niveles séricos de Ig A menores de 0.07 mg/dl. Estas determinaciones son realizadas mediante ELISA.

Los Anticuerpos anti-gliadina (AAG) indican sensibilidad al gluten al ser anticuerpos de la clase IgA e IgG que se dirigen contra determinantes antigénicos de la alfa-gliadina. Se determinan mediante técnicas de ELISA.

Los Anticuerpos anti-endomisio (anti-EMA) isotipo IgA se realizan para la confirmación de los resultados positivos de ATG IgA, detectándolos mediante técnicas de inmunofluorescencia. Niveles elevados de EMA IgA se relacionan con la lesión intestinal.

Los Anticuerpos anti-péptidos desanimados de la gliadina (anti-DGP) isotipos IgG e IgA su determinación es llevada a cabo cuando los demás marcadores son negativos y el paciente presenta síntomas de la enfermedad. Se trata de anticuerpos generados frente a péptidos inmunodominantes que se producen durante la digestión de la gliadina y que son desanimados por la Transglutaminasa Tisular 2 en la submucosa del intestino. Su determinación se realiza por ELISA, en los casos de pacientes con IgA con niveles séricos bajos como test confirmatorio al igual que los Anti-EMA.

En cuanto a las pruebas genéticas, el Antígeno Leucocitario Humano (HLA) se trata de una proteína presente en la superficie de los linfocitos T. Forma parte del complejo principal de histocompatibilidad, y está implicado en el reconocimiento inmunológico.

Los marcadores genéticos para la celiaquía se encuentran asociados al complejo de histocompatibilidad tipo II, codificados en el brazo corto del cromosoma 6.

Para la enfermedad celíaca se determinan dos marcadores genéticos: HLA DQ2 y HLA DQ8. Se trata de heterodímeros proteicos: el primero está codificado por los alelos DQA1.05 y DQB1.02 en posición cis o posición trans (según la población estudiada), y el segundo está codificado en los alelos DQA1.03 y DQB1.03:02 en posición cis.

5 Discusión-Conclusión

M.L. Fernández en su artículo “Utilidad de los anticuerpos antitransglutaminasa en el diagnóstico de la enfermedad celíaca”, compara la sensibilidad y especificidad de estos anticuerpos con las de los EMA y los anticuerpos antigliadina Ig A e IgG, coincidiendo con otros autores en que es el mejor marcador serológico para dicha enfermedad. Respecto a los AAG algunos estudios indican una baja sensibilidad y especificidad para esta enfermedad.

En su artículo de revisión sobre la enfermedad celíaca el Dr. Felipe Moscoso y el Dr. Rodrigo Quera indican que la determinación de los Anticuerpos Anti- endomisio tienen una especificidad para la enfermedad celíaca del 99% pero una sensibilidad variable. Esto es corroborado por otros estudios que indican una especificidad entre el 98-100%.

En varios artículos se confirma una sensibilidad diagnóstica y una especificidad de entre 80-95% de los Anticuerpos anti-péptidos de gliadina desamidada (anti-DGP) isotipos IgG e IgA.

Respecto a los marcadores genéticos utilizados, en varios estudios se confirma que el HLA DQ2 está presente en 95% de los pacientes celíacos y el HLA DQ8 en el 5% . La presencia de estos heterodímeros parecen factores genéticos que predisponen a la enfermedad, pero no parecen ser suficientes para desarrollarla ya que están presentes aproximadamente en el 30% de la población en general y solamente el 1% de la población desarrolla dicha enfermedad. En su artículo “Recomendaciones para la elaboración e interpretación de informes genéticos en enfermedad celíaca”, Concepción Núñez y José Antonio Garrote, concluyen que el estudio genético es una gran ayuda para diagnosticar esta patología, pero hay que tener en cuenta que la presencia de estos heterodímeros no afirma ni descarta la manifestación de la enfermedad celíaca.

En el Protocolo para el Diagnóstico Precoz de la Enfermedad Celíaca publicado en 2018, se menciona que la OMS no considera que esta enfermedad reúna los requisitos para realizar un cribado poblacional aunque su incidencia está creciendo exponencialmente. Actualmente se realiza un cribado en aquellos individuos asintomáticos que pertenecen a grupos de riesgo, es decir, aquellos cuyos familiares de primer grado presentan la enfermedad, presenten déficit de IgA, tiroiditis o enfermedades autoinmunes, etc.

6 Bibliografía

1. Protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celiaca. Edición: 2018. Editan: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS) Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/DiagnosticoCeliaca.htm>
2. Real Delor RE. Actualización en el diagnóstico de la enfermedad celiaca. *An Fac med.* 16 de diciembre de 2016;77(4):397.
3. J. FM, P. RQ. Enfermedad Celiaca. Revisión. *Revista Médica Clínica Las Condes.* septiembre de 2015;26(5):613-27.
4. Cruz MZ, de Asís. Enfermedad Celiaca: Una revisión de sus aspectos más relevantes. *Rev. Médica de Costa Rica y Centroamerica LXXIV (622)* 35-43, 2017:9.
5. Murillo Saviano, J. A.; Piedra Carbajal, W.; Sequeira Calderón, D.; Sanchez Más, E. S.; Sandoval Loría, D. Generalidades de Enfermedad Celiaca y abordaje diagnóstico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD.* V.9 N.2: 64-69 ISSN-2215 2741
6. Estudio sobre la situación de las personas con enfermedad celiaca en España. Defensor del Pueblo, Madrid, Abril 2017.
7. Vargas ML, Rodríguez C, Mora F, Sacristán B. Resultados del taller de autoinmunidad de la Sociedad Española de Inmunología 2006: enfermedad celiaca. 2006;25(4):13.
8. Catassi C, Gatti S, Fasano A. The New Epidemiology of Celiac Disease: *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* julio de 2014;59:S7-9.
9. Fernández ML, Vivas S, Ruiz de Morales JM, Marugán JM. Utilidad de los anticuerpos antitransglutaminasa en el diagnóstico de la enfermedad celiaca. *Gastroenterología y Hepatología.* octubre de 2005;28(8):437-40.
10. Ribes Koninckx, C., Servicio Gastroenterología. Hospital Infantil La Fe Valencia Enfermedad Celiaca: Utilidad diagnóstica de los marcadores serológicos. Mitos y realidades.
11. Ferreira S, Chamorro ME, Ortíz J, Carpinelli MM, Giménez V, Langjahr P. Anticuerpo anti-transglutaminasa tisular en adultos con enfermedad celiaca y su relación con la presencia y duración de la dieta libre de gluten. *Rev. Gastroenterología Peru.* 2018;38(3):228-33:6.
12. Román Riechmann E, Castillejo de Villasante G, Cilleruelo Pascual ML, Donat Aliaga E, Polanco Allué I, Sánchez-Valverde F, et al. Aplicación racional de los nuevos criterios de la European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) 2020 para el diagnóstico de la enfermedad celiaca. *Anales de Pediatría.* febrero de 2020;92(2):110.e1-110.e9.

13. García-Gavilán MC, González-Bárceñas ML, Romero-Ordóñez MA, Fernández-Cano F, Rivas-Ruiz F, Pérez-Aisa Á. Aplicación de los criterios de Oslo en la enfermedad celíaca: ¿útiles en la práctica? *RapdOnline* vol.37. nº1. Enero-Febrero 2014
14. Núñez C, Garrote JA, Arranz E, Bilbao JR, Fernández Bañares F, Jiménez J, et al. Recommendations to report and interpret HLA genetic findings in coeliac disease. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2018; Disponible en: <https://online.reed.es/fichaArticulo.aspx?iarf=684763746236-414275197163>

Capítulo 84

COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA BELÉN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

MARÍA DEL CARMEN FERNANDEZ ALVAREZ

NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La comunicación se puede definir como la trasmisión de una cierta información entre dos o más individuos. En toda comunicación han de estar implicados, entre otros los siguientes elementos:

- Emisor, persona que envía el mensaje, interesada en transmitir una información.
- Receptor, persona que recibe la información.
- Mensaje: es la información que el emisor está interesado en transmitir.
- Código o conjunto de signos y de reglas reconocibles por ambos, emisor y receptor.
- Canal de comunicación. Es el medio en el que se transmite el mensaje.
- Contexto: son las circunstancias que rodean e intercambio de información con nuestro interlocutor y que permiten comprender el mensaje de manera correcta.

En el entorno sanitario estas circunstancias pueden ser:

- Temporales: momento en que se lleva a cabo la comunicación.
- Espacial: ambiente físico en el que se desarrolla el intercambio de información.
- Organizativo: distintas situaciones que existen en la gestión de toda institución sanitaria que pueden dar lugar a que la función de cada profesional no esté bien definida.

En el ámbito sanitario como en todos, tan importante resulta la comunicación verbal como la no verbal, siendo esta última la que utiliza elementos no lingüísticos como gestos, posturas, tono de voz etc. La comunicación no verbal sustituye, apoya y refuerza a la comunicación verbal. La comunicación con los pacientes no solo se da con palabras, las expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicarse.

En la relación con nuestro interlocutor se debe incluir, entre los elementos de la comunicación, la actitud o forma en que una persona expresa sus ideas, pudiendo esta ser asertiva, agresiva o pasiva.

2 Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica del concepto de comunicación asertiva, sus características y la implicación de su uso en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se realiza una revisión bibliográfica de la literatura existente en diversas bases de datos. Para ello se han consultado documentos disponibles online, así como artículos y publicaciones revisadas incluyendo los de acceso gratuito y descartando aquellos que no lo fueran, siendo las palabras claves usada para dicha búsqueda: comunicación, asertividad, paciente y ámbito sanitario.

4 Resultados

En la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud lo que más ha primado hasta ahora han sido las competencias técnicas de los profesionales. Sin embargo, desde hace unos años la tendencia está cambiando, y en gran medida, dicho cambio se debe a la propia evolución de la figura del paciente. Este, que desde siempre era considerado un mero receptor de las decisiones unilaterales del profesional, se ha ido transformando con el paso del tiempo en coprotagonista del proceso asistencial, adquiriendo una serie de derechos bien definidos y con un cada vez mayor poder de decisión sobre las pautas que se seguirán a lo largo de todo el proceso asistencial, siendo clave para esta evolución la cada vez mayor información que el paciente reclama y obtiene sobre su

dolencia y los tratamientos correspondientes, así como los servicios sanitarios a los que tiene derecho.

Como resultado de esta evolución del paciente, aparte de primar los conocimientos propios de cada profesional se hace imprescindible contar con unas buenas habilidades de comunicación, tanto con otros profesionales como con el paciente, viéndose el profesional empujado a mantener una nueva relación profesional sanitario-paciente, y añadiendo al objetivo inicial de luchar contra la enfermedad, el conseguir ayudar al paciente tanto física como emocionalmente, haciéndole participe de todo el proceso.

Las habilidades de comunicación son claves de cara a cualquier actividad sanitaria, ya que cuanto mejor, más precisa y clara sea la comunicación con el paciente, más facilidad tendrá el profesional para aplicar los conocimientos técnicos.

La asertividad es un estilo de comunicación clara que permite la expresión directa de las ideas respetando siempre la posición del otro y conlleva que el receptor de la información no se sienta menospreciado ni ignorado. Algunas de las características de la comunicación asertiva son:

- Tono seguro, confiado y firme que facilitará la comunicación con el interlocutor, buscando soluciones que satisfagan a ambas partes.
- Habla fluida, clara, mostrando firmeza en nuestras convicciones.
- Voz conversacional, modulada adecuadamente, lo que resultara más convincente.
- Contacto ocular directo, demostrando interés y cercanía.
- Postura corporal relajada y abierta, ya que así nuestra comunicación no verbal demuestra interés y sinceridad, facilitando la comunicación.
- Controlar que nuestros gestos sean adecuados, lo que ayuda a reforzar nuestro mensaje.
- Respetar los silencios, saber escuchar y demostrarlo, permitiendo que el interlocutor exprese lo que desee, evitando interrupciones. El primer requisito para saber comunicarse es saber escuchar.
- Respetar el espacio vital del interlocutor, sin invadirlo.
- Mensajes en primera persona, responsabilizándose con ello de la información.

Tener una actitud asertiva implica:

- Practicar la escucha activa, demostrando al interlocutor que es escuchado y se le comprende.
- Exponer nuestra opinión y pensamientos.

-Utilizar las formas adecuadas a cada momento para expresarse.

La comunicación asertiva demuestra tener un gran impacto tanto en las relaciones interprofesionales como en la relación con los pacientes y tiene las siguientes ventajas: potencia la imagen positiva de uno mismo, genera bienestar emocional tanto en uno mismo como en el interlocutor, favoreciendo la confianza y el respeto mutuo, permite resolver conflictos, genera sentimientos positivos, mejora la comunicación y hace más eficaz el trabajo en equipo.

5 Discusión-Conclusión

En todo proceso asistencial, es fundamental hacer consciente al paciente de que él es el actor principal de la toma de decisiones sobre su enfermedad y de los procesos, tanto terapéuticos como asistenciales que conlleva, y que el profesional es un mero emisor de información y un apoyo.

Por ello, y debido a la evolución que ha tenido lugar en la relación entre paciente-profesional, además de competencias técnicas, aquellos demandan, cada vez más, que los profesionales sanitarios les escuchen, pregunten, informen, respondan a sus preguntas y se interesen verdaderamente por su situación.

Una buena comunicación asertiva en el ámbito sanitario es primordial, ya sea con el resto de profesionales como con el paciente. Dicho tipo de comunicación hará que aumente el grado de confianza, mejorando la satisfacción del usuario, y además conllevará que al recibir la información de forma clara y segura, más predispuesto estará a afrontar su enfermedad y a seguir los tratamientos indicados.

Además, hay que tener en cuenta que además del propio paciente, existe un entorno familiar que también es participe del proceso asistencial y que al igual que lo que ocurre con el propio paciente, reclaman un mayor grado de información.

6 Bibliografía

1. Hernández Guerrero, J. A.: Curan las palabras. Manual de comunicación médica y sanitaria, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, Alicante, 2010.
2. Merayo Pérez, A; Bravo Pérez, E; Gordon, F. La comunicación con el paciente: habilidades profesionales de la salud. 2014.

3. Lázaro J. y Gracia D.: La relación médico-enfermo a través de la historia, An. Sist. Sanit. Navar, 2006.
4. Femenías, A.J., “Comunicación y habilidades sociales para profesionales sanitarios”. Ed.: Nexus Médica Editores, S.L.
5. <https://concepto.de/que-es-la-comunicacion/>
6. <https://www.divulgaciondinamica.es/blog/tecnicas-comunicacion-assertiva/>
7. <https://concepto.de/comunicacion-assertiva>

Capítulo 85

PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA DEL CARMEN FERNANDEZ ALVAREZ

ANA BELÉN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El creciente uso de la informática e Internet en el tratamiento de datos en todos los ámbitos, supuso la necesidad de regular mediante normativa tanto nacional, europea e internacional, la protección de datos de los usuarios de todas las empresas y administraciones.

En el ámbito sanitario todo paciente adquiere el derecho a que quede constancia de toda la información obtenida en cualquiera de los procesos asistenciales a los que se ha visto sometido. El derecho a la protección de datos tiene como finalidad garantizar a cada individuo el control dichos datos, tantos personales como asistenciales, con el fin de que no pueda llevarse a cabo un uso ilícito de ellos o que dicho uso resulte lesivo para los derechos o libertades del individuo.

Los datos personales existentes en las bases de datos sanitarias son:

- Los que identifican a la persona (nombre y apellidos, dirección, DNI, número de tarjeta sanitaria, etc.)
- Toda aquella información que tenga que ver con su estado de salud (pruebas diagnósticas, medicamentos, etc.)

Tanto los datos que identifican a la persona como la información que tiene que ver con su estado de salud constituyen la denominada historia clínica. Los datos personales sanitarios están compuestos, principalmente, por la historia clínica y los datos relativos a la salud de una persona.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) define la historia clínica como “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”.

Por otro lado, en el reglamento General de Protección de Datos se define como datos relativos a la salud “los datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud”. También son datos relativos los datos referentes a los datos genéticos del individuo.

2 Objetivos

Identificar los datos relativos a la salud como objeto de protección y la correspondiente normativa aplicable.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la legislación vigente. Se emplearon como descriptores: protección de datos y ámbito sanitario. Se emplearon como criterios de inclusión textos escritos en idioma castellano e inglés y se excluyeron aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Desde la década de los 60 el Comité Europeo de Protección de Datos intentó que los países de Europa incorporaran normativas sobre la protección de datos.

En la Constitución Española se recoge el derecho fundamental a la protección de datos de las personas, siendo pionera en Europa. Así en el artículo 18.4 se recoge que la protección de las personas físicas en relación al tratamiento de datos personales es un derecho fundamental protegido.

Actualmente en nuestro país está en vigor la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que tiene como objeto adaptar el Reglamento Europeo 2016/679 que se refiere a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos. Además, a través de esta ley orgánica se garantiza los derechos digitales de todos los ciudadanos establecido en el artículo 18.4 de la constitución española.

A partir del 25 de Mayo de 2018 en nuestro país se aplica el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) a través de la citada ley orgánica, por lo que los datos relativos a la salud del paciente son considerados como una categoría especial de datos personales.

La Agencia Española de Protección de Datos es una autoridad administrativa independiente de ámbito estatal, cuya función es supervisar la aplicación de la ley orgánica 3/2018 y del Reglamento (UE) 2016/679.

En el caso de ámbito sanitario, a esta normativa habrá que sumarle la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, la cual se encarga de regular los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación clínica y que ha sufrido una modificación , de tal manera que ,para acceder a la historia clínica con fines judiciales, de salud pública, de investigación , epidemiológicos o de docencia , sea de obligado cumplimiento, con algunas excepciones, separar los datos de identificación del paciente de los datos asistenciales, salvo autorización del paciente.

Teniendo en cuenta la importancia y los efectos de este tipo de datos en la privacidad del individuo, el RGPD los considera como datos especialmente protegidos, y por lo tanto establece los siguientes requisitos para el tratamiento de datos personales sanitarios:

- Consentimiento que según la nueva normativa europea, este deberá ser explícito y escrito.
- Calidad de los datos, que implica que la recogida de datos de los pacientes se realizara siempre que estos sean adecuados, veraces y pertinentes, de tal manera que se garantice una adecuada asistencia al paciente.
- Confidencialidad, de especial relevancia en el ámbito sanitario, y de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente, incluso una vez haya finalizado la relación, de tal manera que se tendrán que tomar las medidas oportunas para que todo aquel que consulte este tipo de datos lo haga con la máxima confidencialidad y guardando el secreto profesional.

-Informar al paciente en todo momento de la existencia del fichero, la finalidad del mismo, los destinatarios de la información contenida en estos, la identidad y dirección del responsable del mantenimiento de los datos, y de la posibilidad que tiene en el ejercicio de sus derechos de rectificación, actualización o eliminación de dichos datos.

De igual manera, el nuevo reglamento enumera una serie de medidas para aumentar el nivel de protección y control de dichos datos, siendo algunas de ellas:

-Medidas organizativas y de seguridad, para atenuar el riesgo que implica el tratamiento de este tipo de datos.

-Evaluación del impacto lo que permitirá minimizar el riesgo.

-Registro de las actividades de tratamiento, quedando constancia de toda consulta que se realice sobre los datos.

-Delegado de Protección de Datos, de tal manera que cada institución deberá designar una figura cualificada que desempeñe esta papel y cuya función será la de velar por la protección, el mantenimiento de los datos clínicos y el buen uso que se haga de su tratamiento y que será el destinatario de las reclamaciones que se puedan plantearse.

5 Discusión-Conclusión

Dada su especial relevancia, el tratamiento de datos de los pacientes en el ámbito sanitario está profundamente protegido mediante diversas normativas, con el fin de preservar su derecho a la intimidad, privacidad y honor, plasmado en la CE en su art. 18.4.

Los datos relativos a la salud, considerados datos de especial protección, solo podrán ser objeto de recogida, tratamiento y cesión a terceros cuando por razones de un interés general así lo disponga una ley o cuente con el consentimiento expreso del paciente.

El conjunto de todos los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario, clínicas, centros de salud y hospitales, tanto en el ámbito público como privado, están sometidos en todo momento a la normativa vigente en este sentido, de tal manera que la protección de datos afecta a todos aquellos profesionales que atiendan al paciente con indiferencia del servicio prestado.

6 Bibliografía

1. Comité Europeo de Protección de Datos. Disponible en: https://edpb.europa.eu/about-edpb/about-edpb_es
2. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado nº 294, Sec. 1 Pág. 119788 a 119857
3. Reglamento (UE) 2016/679 Del Parlamento Europeo y Del Consejo, de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu>
4. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de las Comunidades Europeas del 18 de Diciembre de 2000. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
5. Guía para paciente y usuarios de la sanidad. Agencia Española de Protección de Datos. Noviembre 2019. Disponible en: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-12/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>

Capítulo 86

SALUD LABORAL EN EL SECTOR ADMINISTRATIVO

SANDRA CASTRO GONZÁLEZ

1 Introducción

Se define la salud laboral como “una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores” según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud laboral se encarga de la reducción o eliminación de los factores de riesgo dentro del entorno laboral. Las empresas deben procurar unas condiciones óptimas del puesto de trabajo y su organización.

Cuando hablamos de riesgos laborales dentro del sector administrativo, debemos señalar que estos suelen ser leves y que están relacionados con golpes, caídas, manipulación del material de oficina, sobreesfuerzos físicos, lesiones producidas por posturas forzadas y movimientos repetitivos, sin olvidar también los accidentes de tráfico que se producen a la hora de acudir o salir del puesto de trabajo (accidente in itinere).

2 Objetivos

- Conocer cuáles son los riesgos laborales a los que se expone un administrativo.
- Encontrar la solución al problema de los riesgos laborales en el personal administrativo.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en páginas web sobre la salud laboral en general y en apartados concretos que hablen sobre riesgos en el sector administrativo. Las palabras claves para la búsqueda fueron: salud laboral, riesgos laborales y riesgos laborales en el sector administrativo.

4 Resultados

Revisión bibliográfica en páginas web sobre la salud laboral en general y en apartados concretos que hablen sobre riesgos en el sector administrativo. Las palabras claves para la búsqueda fueron: Salud laboral, riesgos laborales, riesgos laborales en el sector administrativo. Es responsabilidad de todos, tanto de la empresa como del propio trabajador, crear un entorno de trabajo adecuado. Algunos de los elementos a tener en cuenta para cambiar o mejorar son los siguientes ejemplos:

- El espacio de trabajo: nos referimos a elementos como la mesa, que deberá ser lo suficientemente espaciosa para que el trabajador desempeñe su función correctamente, o la silla, a ser posible giratoria y con reposabrazos, que deberá ser la adecuada para que la persona tenga una postura recta, relajada y natural para prevenir lesiones en cuello y espalda. Existen otros complementos para la oficina como el reposamuñecas, teclado ergonómico o el reposapiés.
- Ejercicio físico: aquí es el propio trabajador el que tiene que realizar actividades físicas para la prevención de su salud, ya que demasiadas horas en la misma postura puede ser perjudicial y es recomendable tener un buen tono muscular.
- Fatiga visual: contraste y brillo inadecuados en los equipos visuales, poca iluminación en la oficina o reflejos, pueden ser realmente molestos para el trabajador.
- Calidad del aire: mantener el aire de la oficina renovado con sistemas de ventilación, como el aire acondicionado. Estos sistemas necesitan un mantenimiento continuo para asegurarnos la buena calidad del aire.

5 Discusión-Conclusión

La prevención es fundamental para evitar lesiones futuras en el trabajador. Se deben tomar las medidas necesarias y adaptar el puesto de trabajo al individuo y no al revés para así prevenir las bajas laborales y que a la empresa no le suponga un gasto adicional. Además, también es misión del empleado comunicar a la empresa en qué aspectos mejorar su puesto para el correcto desempeño.

6 Bibliografía

1. <https://prevencionugtandalucia.es/prevencion-de-riesgos-laborales-administrativo/>
2. https://www.fauca.org/wp-content/uploads/2017/10/manual_prl-oficinas-y-despachos-MC-Mutual.pdf

Capítulo 87

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS PSICOSOCIALES

M.CONCEPCION CERRA

1 Introducción

Los riesgos psicosociales se definen como aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo y su entorno social, con el contenido de trabajo y la realización de la tarea. Se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud (física, psíquica o social) del trabajador a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos. Como causas presentes en dichos riesgos psicosociales están las características de las tareas, la estructura de la organización y las características del empleo, recayendo así unas consecuencias directas sobre la salud del trabajador. Es fundamental la participación de los trabajadores en todo proceso para una correcta evaluación de riesgos psicosociales.

2 Objetivos

- Conocer las medidas preventivas para evitar los riesgos psicosociales a los que estamos expuestos en nuestros centros de trabajo y la evaluación de éstos.
- Detectar, prevenir y/o corregir las posibles situaciones relacionadas con riesgos psicosociales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además, se ha llevado a cabo una revisión y estudio de artículos relativos a los riesgos psicosociales conforme la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

4 Resultados

1. Medidas preventivas a aplicar para evitar los riesgos psicosociales:

- Evaluación de riesgos.
- Evaluación tendente a identificar factores de riesgo.
- Es responsabilidad del empresario (en empresas privadas) o de la administración respecto al personal a su servicio.
- Si la evaluación hubiera detectado riesgos, proponer medidas preventivas para eliminarlos o minimizarlos.

2. Este tipo de medidas deben ir relacionadas con los factores de riesgo detectados:

- Estilos de dirección adecuados.
- Formas de comunicación de tareas claras, evitando la ambigüedad de rol o el conflicto de rol.
- Protocolos de actuación para posibles agresiones, acoso sexual, etc.
- Adecuación de la carga de trabajo, medidas de conciliación de la vida laboral, etc.

3. Formación adecuada:

La formación de los trabajadores en los riesgos laborales, además de ser un derecho recogido en el Artículo 19 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), es factor modulador de la incidencia de los riesgos psicosociales sufrido por los trabajadores/as.

4. Participación en la toma de decisiones de la empresa:

El derecho de las trabajadoras/es a participar en la toma de decisiones relacionados con la prevención de riesgos laborales está recogido en el Artículo 33 de la

LPRL.

5. Activa participación de los representantes de los trabajadores:

Los trabajadores tienen derecho a participar en las decisiones en esta materia a través de los delegados/as de prevención de riesgos laborales.

5 Discusión-Conclusión

Muchas veces este tipo de medidas no tienen gasto económico, están más relacionados con el conocimiento de las causas y con una buena coordinación entre trabajadores y equipos directivos.

Las trabajadoras/es que conocen los riesgos y la forma de hacerlos frente, están mejor preparados para afrontar el estrés que les producen estos riesgos.

La participación en esta toma de decisiones hace que se produzca, un mejor análisis de los riesgos a los que se está expuesto, ya que lo conocen en primera persona, y una mayor satisfacción e implicación personal, lo que conlleva una reducción en los efectos estresantes que producen los propios riesgos existentes.

Los Delegados de Prevención elegidos entre los delegados de personal, pueden tener un papel relevante a la hora de trabajar con el equipo directivo en la toma de decisiones. Así como un papel fundamental a la hora de defender el cumplimiento de la normativa vigente aplicable en la materia.

6 Bibliografía

- Ministerio de trabajo, Migraciones y Seguridad Social.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 88

ANSIEDAD EN EL TRABAJO

SANDRA CASTRO GONZÁLEZ

1 Introducción

Los trastornos de ansiedad se dan de manera ocasional y se consideran normal a lo largo de nuestra vida. Se producen como respuesta fisiológica de un estado de alarma como vía de escape ante una amenaza. Los episodios de ansiedad y pánico interfieren en la vida cotidiana, son incontrolables y a veces puede durar un largo período de tiempo. Existen distintos tipos de ansiedad, como pueden ser la ansiedad social o fobia social, la ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación y fobias específicas, en donde se clasifica la ansiedad en el entorno laboral.

2 Objetivos

- Descubrir cuáles son los síntomas comunes de la ansiedad.
- Conocer cómo prevenirla y controlarla.

3 Metodología

Se hace una revisión bibliográfica de la búsqueda en medios digitales, en este caso páginas web relacionadas con el tema de la ansiedad en entorno laboral. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido: ansiedad, riesgos laborales y ansiedad en el trabajo.

4 Resultados

Para saber identificar si una persona sufre de ansiedad o no, deber presentar alguno de los siguientes síntomas: nerviosismo, agitación o tensión, sudoración y temblores, la persona afectada cree que hay un peligro inminente, situación de pánico o catástrofe, su respiración y frecuencia cardíaca tienden a aumentar, trastorno del sueño, etc.

Para la prevención, el propio afectado debe darse cuenta de cuál es su problema y porqué está sucediendo. Muchas veces las situaciones de ansiedad en trabajo vienen por la falta de organización en el puesto, por no saber gestionar el tiempo e incluso por no saber desconectar del trabajo en el tiempo libre que tenemos.

El ejercicio físico moderado puede ayudar a tener una buena salud física y mental, además de la desconexión del trabajo. Encontrar actividades que nos motiven y nos entretengan, como puede ser la música, el cine o la lectura, y nunca olvidarnos de las relaciones sociales tan necesarias para olvidarnos de la rutina.

Muchas veces la persona no es capaz de poner solución a este problema y tiene que recurrir a la ayuda de un profesional, como los psicólogos o especialistas en el tema, que le guiarán y establecerán una terapia adecuada para su caso.

Finalmente, e incluso poniendo en práctica todo lo anterior, el individuo no puede sobrellevar esta situación y acaba pidiendo baja laboral por ansiedad, que será un médico de la seguridad social quien deba dársela si lo cree conveniente. Cada caso es distinto y cada baja tiene un tiempo diferente dependiendo del caso del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es normal que una persona a lo largo de su vida sufra un episodio de ansiedad, ya sea por un período corto o crónico. Es esencial darnos cuenta de esta situación cuanto antes, ya sea poniéndolo una solución nosotros mismos, pidiendo ayuda a nuestro entorno o buscando ayuda profesional.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>

2. <https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/especial-master-prevencion/ansiedad-trabajo-causas-soluciones/>
3. <https://lamenteesmaravillosa.com/como-calmar-la-ansiedad-en-el-trabajo/>

Capítulo 89

CONCILIACIÓN FAMILIAR EN EL ÁMBITO LABORAL

ANA MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

Se define conciliación familiar como “la participación equilibrada entre mujeres y hombres en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la re-estructuración y reorganización de los sistemas, laboral, educativo y de recursos sociales, con el fin de introducir la igualdad de oportunidades en el empleo, variar los roles y estereotipos tradicionales, y cubrir las necesidades de atención y cuidado a personas dependientes”.

El concepto adquiere importancia durante la década de los años 80 con el aumento de la participación de la mujer en el mundo laboral aumentando aún mas en las siguientes décadas. El principal rasgo que se resalta es la satisfacción laboral y esta viene relacionada con una mejor relación trabajo-laboral por lo que son más propensos a una mayor satisfacción profesional. Por otro lado, es habitual que el absentismo sea un conflicto trabajo-familia y que este aumente cuando aumenten las situaciones críticas familiares.(Biedma Ferrer & Medina Garrido, 2014).

2 Objetivos

- Establecer medidas para la adaptación de la vida familiar y laboral a través del trabajador, familia, empresa y administraciones públicas.
- Identificar las medidas establecidas en España para la conciliación familiar.

3 Metodología

Se han revisado multitud de artículos científicos sobre la conciliación y la vida familiar en el trabajador a través de PubMed y Scielo, así como consultas en las bases de datos del INE (Instituto Nacional de Estadística). Se han cotejado datos desde los años 80 hasta la actualidad, seleccionando aquellos que presentaban mayor rigurosidad y base científica. También se han utilizado palabras clave para la búsqueda como: conciliación, familia y natalidad entre otras.

4 Resultados

La adaptación de la vida familiar y laboral se consigue a través de la unión de varios factores que son principalmente: la colaboración por parte de la familia, no solo que la pareja, sino que los propios hijos una vez alcanzada cierta edad también adquieran un compromiso en el hogar.

La Administración Pública es la encargada de dotar al sistema de las herramientas necesarias mediante el diseño de políticas sociales y familiares. Las empresas, aplicando las medidas dadas por la administración en políticas de igualdad y de conciliación familiar entre sus trabajadores, sin discriminación de género, el propio trabajador/a, no renunciando a su derecho por miedo a represalias por parte de la empresa o administración pública y ejerciendo su derecho a una conciliación siempre de manera responsable y los sindicatos, ayudando en informando a trabajadores de sus derechos, así como controlando que se cumplan por parte de la administración o empresa privada. Aún así no siempre se consigue esta igualdad y en la actualidad las mujeres españolas que deciden permanecer en el mercado laboral, tienen que con frecuencia, renunciar a su vida familiar.

Actualmente en España existen distintas medidas para fomentar la conciliación de la vida laboral y familiar, entre ellas cabe destacar las siguientes situaciones: permiso por nacimiento para la madre biológica: esta será de 16 semanas, de las cuales seis serán inmediatamente posteriores al parto, éstas serán de descanso obligatorio e ininterrumpido y le corresponderá el 100% de la remuneración económica:

- Permiso del progenitor diferente de la madre biológica por nacimiento: tendrá una duración de 16 semanas de las cuales seis serán inmediatamente posteriores al hecho causante y de descanso obligatorio, al igual que en el anterior supuesto este permiso contará también con el 100% de la remuneración.
- Permiso de lactancia: si el hijo es menor de 12 meses se tendrá derecho a una

hora de ausencia de su puesto de trabajo que podrá dividir en dos fracciones si así lo desea.

-Excedencia para cuidado de hijos y otros familiares: en el caso del cuidado de descendencia este periodo no será superior a los 3 años y se contará desde la fecha de nacimiento y en el supuesto de familiar dependiente podría aplicarse hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad y se dispondría igualmente de un máximo de tres años.

-Reducción de la jornada laboral: los progenitores con hijos menores de 12 años podrán disponer de una reducción de la jornada, la cual conllevaría una disminución proporcional de sus retribuciones. El no cumplimiento o impedimento por parte de la empresa o administración pública para disfrutar de los supuestos anteriormente mencionados conlleva una disminución de la natalidad en España, viéndose las familias y en especial las mujeres incapaces de lograr una conciliación efectiva y real.

5 Discusión-Conclusión

A grandes rasgos lo que se pretende con la conciliación familiar es conseguir que tanto padres como madres puedan acceder al mercado laboral en igualdad de condiciones, sin que la situación familiar dificulte el acceso al empleo o el desempeño de cargos de mando o responsabilidad. En la segunda mitad del S.XX se ha producido un gran cambio en la situación laboral de hombres y mujeres.

Las mujeres han dejado de orientar su vida en pareja y han empezado a hacerlo en el mercado laboral, sobre todo en aquellos casos que cuentan con un mejor puesto de trabajo. Queda de manifiesto que es de vital importancia para el desarrollo de una vida laboral plena que esta se pueda conjugar con una vida personal satisfactoria, pudiendo compaginar ambas sin que una sea excluyente de la otra, pudiendo ejercer su derecho al cuidado de la familia, el desarrollo de su personalidad y carrera profesional, así como el disfrute de su tiempo libre y ocio.

Para conseguir que esto sea una realidad y no una utopía todos debemos colaborar y tomar medidas desde la administración hasta el propio trabajador sin olvidar a los sindicatos ya que por desgracia muchas mujeres españolas, sobre todo las de las clases sociales más desfavorecidas, siguen orientando su vida hacia la familia, abandonando el trabajo remunerado cuando lo han tenido, ya que si no existe una verdadera conciliación familiar su salario no es compensatorio con tener que asalariar a una tercera persona para el cuidado de sus hijos o per-

sonas dependientes a su cargo, de ahí la importancia de una verdadera y eficaz conciliación.

6 Bibliografía

1. Artacoz, L., Borrel, C., Merino, J., García Calvente, M. d., Sánchez Cruz, J., Deponta Codina, A., y otros. (2002). Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar.
2. Biedma Ferrer, J., & Medina Garrido, J. (2014). Impacto de la conciliación laboral y familiar en el desempeño organizativo.
3. Fernández Cordón, J., & Tobio Soler, C. (2005). Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.
4. Públicas, M. d. (2015). Real Decreto Legislativo, texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

Capítulo 90

LAVADO DE MANOS

MARÍA DEL PILAR ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

Para proteger nuestra salud y la de los demás es fundamental realizar frecuentemente un buen lavado de manos, ya que de esta manera eliminamos restos, suciedad y microorganismos.

2 Objetivos

Indicar cómo se debe realizar un correcto lavado de manos y los tipos de lavados más destacables.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro del lavado de mano se pueden diferenciar tres tipos:
-Lavado higiénico con agua y jabón.

-Lavado antiséptico.

-Lavado con solución alcohólica.

El lavado higiénico elimina la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos. Para ello hay que seguir los siguientes pasos:

1. Mojar las manos con agua tibia.
2. Aplicar dos pulsaciones del dosificador y enjabonarse manos y muñecas durante 30 segundos. Ten en cuenta frotar palma contra palma, dorsos y entrelazar los dedos.
3. Enjuagar con abundante agua.
4. Secar las manos con una toalla. Recuerda cerrar el grifo con esta toalla para evitar una posible contaminación.

El lavado antiséptico se realiza con este mismo protocolo pero utilizando un jabón antiséptico. El lavado con solución alcohólica. Para realizar una correcta desinfección de las manos debemos seguir los siguientes pasos:

1. Frotar las palmas de las manos entre sí.
2. Frotar la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
3. Frotar el dorso de los dedos sobre la palma de la otra mano.
5. Frotarse con movimientos de rotación del pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
6. Frotarse la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

Las principales ventajas de este método son:

- Elimina la mayoría de los microorganismos (incluyendo virus).
- Necesita poco tiempo (de 20 a 30 segundos).
- Es fácil de adquirir este producto.
- Buena tolerancia de la piel.
- No necesitas disponer de agua limpia, lavabo, jabón o toalla para las manos.

Cuando las manos están sucias deben lavarse con agua y jabón ya que el jabón facilita la eliminación de la suciedad. Pero cuando las manos están contaminadas y no hay suciedad visible su desinfección se debe realizar mediante preparados de base alcohólica ya que los antisépticos eliminan un mayor número de microorganismos.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones se pueden transmitir de múltiples maneras (vía respiratoria, digestiva, por contacto), pero la vía más frecuente es a través de las manos. Por ello es muy importante reducir el número de microorganismos que tenemos en ellas y esto lo podemos hacer si realizamos un correcto y frecuente lavado de manos. Se recomienda normalmente lavarse las manos con frecuencia y especialmente:

- Antes de comer y de cocinar.
- Después de ir al baño.
- Después de limpiar la casa.
- Después de tocar animales, incluyendo las mascotas de su familia.
- Después de visitar o cuidar de amigos o familiares enfermos.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de estar en el exterior (jugando, haciendo jardinería, sacando de paseo al perro, etc).

Esta es la primera línea de defensa que tenemos para protegernos de muchas enfermedades, desde un resfriado o catarro común hasta enfermedades más graves, como la meningitis, la bronquiolitis, la gripe, la hepatitis A y muchos tipos de diarrea.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higienico-manos>
2. <https://www.dvd-dental.com/blogodontomecum/protocolo-de-lavado-de-manos/>
3. <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/diez-preguntas-clave-sobre-higiene-manos/>

Capítulo 91

NUEVO CORONAVIRUS O COVID-19

FÁTIMA LÓPEZ JARA

1 Introducción

¿Qué es un coronavirus?

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19.

¿Qué es la COVID-19?

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

¿Cuáles son los síntomas de la COVID-19?

Los síntomas más comunes de la COVID-19 son fiebre, cansancio y tos seca. Algunos pacientes pueden presentar dolores, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta o diarrea. Estos síntomas suelen ser leves y aparecen de forma gradual. Algunas personas se infectan pero no desarrollan ningún síntoma y no se encuentran mal. La mayoría de las personas (alrededor del 80%) se recupera de la enfermedad sin necesidad de realizar ningún tratamiento especial. Alrededor de 1 de cada 6 personas que contraen la COVID-19 desarrolla una enfermedad

grave y tiene dificultad para respirar. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardiacos o diabetes, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. En torno al 2% de las personas que han contraído la enfermedad han muerto. Las personas que tengan fiebre, tos y dificultad para respirar deben buscar atención médica.

¿Cómo se propaga la COVID-19?

Una persona puede contraer la COVID-19 por contacto con otra que esté infectada por el virus. La enfermedad puede propagarse de persona a persona a través de las gotículas procedentes de la nariz o la boca que salen despedidas cuando una persona infectada tose o exhala. Estas gotículas caen sobre los objetos y superficies que rodean a la persona, de modo que otras personas pueden contraer la COVID-19 si tocan estos objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca. También pueden contagiarse si inhalan las gotículas que haya esparcido una persona con COVID-19 al toser o exhalar. Por eso es importante mantenerse a más de 1 metro (3 pies) de distancia de una persona que se encuentre enferma.

¿Qué probabilidades hay de que contraiga la COVID-19?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está estudiando las investigaciones en curso sobre las formas de propagación de la COVID-19 y seguirá informando sobre los resultados actualizados. El riesgo depende del lugar donde se encuentre usted y, más concretamente, de si se está produciendo un brote de COVID-19 en dicho lugar.

Para la mayoría de las personas que se encuentran en la mayor parte de los lugares, el riesgo de contraer esta enfermedad continúa siendo bajo. Sin embargo, sabemos que hay algunos lugares (ciudades o zonas) donde se está propagando y donde el riesgo de contraerla es más elevado, tanto para las personas que viven en ellas como para las que las visitan. Los gobiernos y las autoridades sanitarias están actuando con determinación cada vez que se detecta un nuevo caso de COVID-19. Es importante que todos respetemos las restricciones relativas a los viajes, los desplazamientos y las concentraciones multitudinarias de personas aplicables a cada lugar en concreto. Si cooperamos con las medidas de lucha contra la enfermedad, reduciremos el riesgo que corremos cada uno de nosotros de contraerla o de propagarla.

Como se ha comprobado en China y en otros países, es posible detener los brotes de COVID-19 y poner fin a su transmisión. No obstante, la gran rapidez con que pueden aparecer nuevos brotes nos obliga a ser conscientes de la situación en los

lugares donde nos encontramos o donde tengamos intención de ir. La OMS publica cada día actualizaciones sobre la situación de la COVID-19 en el mundo, que se pueden consultar, en inglés, en la página <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>.

2 Objetivos

- Informar sobre el Coronavirus.
- Intentar concienciar a la gente de la importancia de quedarse en casa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los conocimientos actuales sobre cómo se propaga el virus que causa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) se basan en su mayoría en lo que se sabe sobre coronavirus similares.

Propagación de persona a persona:

Se cree que el virus se propaga principalmente de persona a persona. En los casos confirmados de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), las enfermedades reportadas han variado de tener síntomas leves a enfermedades graves, y hasta produjeron muertes. Los síntomas pueden incluir:

- Fiebre.
- Tos.
- Dificultad para respirar.

Los CDC creen, en este momento, que los síntomas del COVID-19 podrían aparecer en tan solo 2 días o hasta 14 días después de la exposición. Esto se basa en lo que se ha observado previamente como el periodo de incubación del virus del MERS-CoV :

-Entre las personas que tienen contacto cercano entre ellas (dentro de unos 6 pies de distancia).

-Mediante gotitas respiratorias que se producen cuando una persona infectada tose o estornuda. Estas gotitas pueden llegar a la boca o la nariz de las personas que se encuentren cerca o posiblemente entrar a los pulmones al respirar.

-Propagación mediante el contacto con superficies u objetos contaminados

-Podría ser posible que una persona contraiga el COVID-19 al tocar una superficie u objeto que tenga el virus y luego se toque la boca, la nariz o posiblemente los ojos, aunque no se cree que esta sea la principal forma en que se propaga el virus.

¿Cuándo se produce la propagación?

Se cree que las personas son más contagiosas cuando presentan síntomas más fuertes (están más enfermas). Podría ser posible que haya algo de propagación antes de que las personas presenten síntomas; ha habido informes sobre esto con relación a este nuevo coronavirus, aunque no se cree que esta sea la principal forma en que se propaga el virus.

¿Qué tan eficientemente se propaga el virus?

La facilidad con que se propaga un virus de persona a persona puede variar. Algunos virus son altamente contagiosos (como el sarampión), mientras que otros virus no lo son tanto. Otro factor es si la propagación continúa por múltiples generaciones de personas (si la propagación es continua). El virus que causa el COVID-19 parece estar propagándose fácilmente y en forma continua en la provincia de Hubei y otras partes de China. En los Estados Unidos, la propagación de persona a persona ha ocurrido solo entre unos pocos contactos cercanos y no se ha propagado mucho más hasta la fecha.

Hay todavía más que aprender.

El COVID-19 es una enfermedad emergente y hay mucho más que aprender sobre su transmisibilidad, gravedad y otras características, y sobre lo que pasará en los Estados Unidos. La nueva información que se obtenga fundamentará más la evaluación de riesgos. En la actualidad no existe una vacuna para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). La mejor forma de prevenir la enfermedad es evitar la exposición a este virus. Se cree que el virus se propaga principalmente de persona a persona. Entre las personas que tienen contacto cercano entre ellas (dentro de unos 6 pies de distancia). Mediante gotitas respiratorias que se producen cuando una persona infectada tose o estornuda. Estas gotitas pueden llegar a la boca o la nariz de las personas que se encuentren cerca o posiblemente entrar a los pulmones al respirar. Tome medidas para protegerse:

1. Illustration: washing hands with soap and water.

-Límpiese las manos con frecuencia.

-Lávese las manos frecuentemente con agua y jabón por al menos 20 segundos, especialmente después de haber estado en un lugar público, o después de sonarse la nariz, toser o estornudar.

-Si no hay agua y jabón fácilmente disponibles, use un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol. Cubra todas las superficies de las manos y frótelas hasta que sienta que se secaron.

-Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar.

2. Illustration: Woman quarantined to her home.

-Evite el contacto cercano

-Evite el contacto cercano con personas que estén enfermas.

-Mantenga una distancia entre usted y las otras personas si el COVID-19 se está propagando en su comunidad. Esto es especialmente importante para las personas que tengan un mayor riesgo de enfermarse gravemente.

-Tome medidas para proteger a los demás man in bed

-Quédese en casa si está enfermo

-Quédese en casa si está enfermo, excepto para conseguir atención médica. Sepa qué hacer si se enferma. woman covering their mouth when coughing

-Cúbrase la boca al toser y estornudar

-Cúbrase la boca y la nariz con un pañuelo desechable cuando tosa o estornude, o use la parte interna del codo.

-Bote los pañuelos desechables que haya usado a la basura.

-De inmediato, lávese las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos. Si no hay agua y jabón fácilmente disponibles, límpiense las manos con un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol.

3. Man wearing a mask.

-Use una mascarilla si está enfermo

-Si está enfermo: usted debería usar una mascarilla cuando esté cerca de otras personas (p. ej., compartiendo una habitación o un vehículo) y antes de entrar al consultorio de un proveedor de atención médica. Si no puede usar una mascarilla (por ejemplo, porque le causa dificultad para respirar), debe hacer todo lo posible por cubrirse la nariz y la boca al toser y estornudar, y las personas que lo estén cuidando deben ponerse una mascarilla si entran a su habitación. Sepa qué hacer si se enferma.

-Si no está enfermo: no necesita usar una mascarilla a menos que esté cuidando a alguien que está enfermo (y que no puede usar una). Es posible que las mascarillas empiecen a escasear y deberían reservarse para los cuidadores.

4. Cleaning a counter.

-Limpie y desinfecte.

-Limpie Y desinfecte las superficies que se tocan frecuentemente todo los días. Esto incluye las mesas, las manijas de las puertas, los interruptores de luz, los mesones, las barandas, los escritorios, los teléfonos, los teclados, los inodoros, los grifos, los lavamanos y los lavaplatos.

-Si las superficies están sucias, límpielas: use agua y jabón o detergente antes de desinfectar.

-Para desinfectar: la mayoría de los desinfectantes comunes para el hogar, registrados en la EPA funcionarán. Use los desinfectantes que sean adecuados para la superficie.

Las opciones incluyen:

-Diluir el blanqueador con cloro (bleach) que tenga en casa.

-Para hacer una solución de blanqueador con cloro (bleach), mezcle: 5 cucharadas (1/3 de taza) de blanqueador con cloro por galón de agua o 4 cucharaditas de blanqueador con cloro por un cuarto de galón de agua.

-Siga las instrucciones del fabricante para la aplicación y la ventilación adecuada. Fíjese en la fecha de vencimiento para asegurarse de que el producto no haya vencido. Nunca mezcle el blanqueador con cloro con amoníaco ni con otros productos de limpieza. El blanqueador con cloro que no esté vencido será eficaz contra los coronavirus si se lo diluye adecuadamente.

Soluciones de alcohol:

-Asegúrese de que la solución tenga al menos un 70 % de alcohol.

-Otros desinfectantes comunes para el hogar, registrados en la EPA.

Funcionarios y socios de salud pública están trabajando arduamente para identificar la fuente animal original del virus que causa el COVID-19. Los coronavirus son una familia grande de virus, entre los cuales hay algunos que causan enfermedad en las personas, y otros que circulan entre animales, como camellos, gatos y murciélagos. El análisis del árbol genético de este virus indica que se originó en murciélagos, pero todavía no se sabe si el virus saltó directamente desde murciélagos o hubo un animal hospedador intermedio. El SARS-CoV, otro coronavirus que al surgir infectó a personas, provino de civetas (gatos almizcleros), mientras que el MERS-CoV (coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio), que también surgió e infectó a personas, tuvo su origen en camellos.

El virus que causa el COVID-19 se está propagando de persona a persona. Una persona que esté enferma y mostrando síntomas de COVID-19 puede propagar

la enfermedad a los demás. Por esa razón, los CDC recomiendan que estos pacientes sean aislados en el hospital o en casa (dependiendo de cuán enfermos estén) hasta que estén mejor y ya no representen un riesgo de infección para las otras personas.

Cuánto tiempo una persona está enferma y muestra síntomas (enfermedad activa) puede variar; en consecuencia, la decisión de cuándo se le puede permitir salir del aislamiento deberá tomarse según cada caso en particular y en consulta con médicos, expertos en la prevención y el control de infecciones, y funcionarios de salud pública. Esta decisión implicará tener en cuenta las características específicas de cada situación, lo cual incluye la gravedad de la enfermedad, sus signos y síntomas, y los resultados de las pruebas de laboratorio del paciente.

La guía actual de los CDC acerca de cuándo está bien permitirle a alguien salir del aislamiento es que la decisión se tome con base en cada caso en particular e incluye cumplir todos los requisitos mencionados a continuación:

- El paciente no tiene fiebre, sin el uso de medicamentos para bajar la fiebre.
- El paciente ya no muestra síntomas, incluida la tos.
- El paciente obtuvo dos resultados negativos en las pruebas de dos muestras respiratorias consecutivas recolectadas con un mínimo de 24 horas entre una y otra.
- Se considera que la persona que ya salió del aislamiento no representa un riesgo de infección para los demás.

Farmaindustria ha comunicado que, dos meses después del inicio de la epidemia por el nuevo coronavirus, la información recopilada por las tres grandes federaciones de la industria farmacéutica en todo el mundo, la internacional Ifpma, la europea Efpia y la estadounidense Phrma, junto a los datos ofrecidos por la Asociación de la Industria Farmacéutica de Corea (Krpia), pone de manifiesto que actualmente estos grupos de trabajo colaborativos tienen identificados hasta 30 medicamentos antivirales que ya están siendo probados para ver su eficacia contra el Covid-19 y hasta cuatro compañías farmacéuticas están investigando la eficacia de una posible vacuna.

Desde la Federación Internacional de la Industria Farmacéutica (Ifpma), que representa a las compañías y asociaciones farmacéuticas basadas en investigación de todo el mundo y a la que pertenece Farmaindustria, se señala que la industria farmacéutica basada en la investigación “tiene claramente en este momento un papel decisivo que desempeñar en el desarrollo de nuevos y mejores medicamentos y vacunas para ayudar a responder a esta epidemia”.

Para conseguir este objetivo, explica Ifpma, “la industria está buscando una asociación global entre las autoridades sanitarias, compañías farmacéuticas, organizaciones de salud, academias científicas, investigadores y el mundo científico a través de programas de I+D colaborativos para desarrollar nuevos medicamentos y vacunas”.

Entre los medicamentos candidatos, se encuentran antivirales probados anteriormente en patógenos como el ébola y el VIH -que ya comenzaron rápidamente los ensayos clínicos y la revisión de la literatura para uso urgente- y otra línea de investigación que incluye inhibidores ACE (enzima convertidora de angiotensina), inhibidores de la proteasa o fármacos inmunoterápicos, cuya actividad se ve relevante para hacer frente al nuevo coronavirus.

Balance en Europa:

Según la información recopilada por estas federaciones, entre el grupo de estos 30 medicamentos candidatos se encuentran posibles tratamientos como la combinación de los fármacos antivirales lopinavir y ritonavir, del laboratorio estadounidense AbbVie; el antiviral remdesivir, de Gilead; el inhibidor zanamivir, de la compañía GSK; y el interferón, investigado por las farmacéuticas Roche, Merck y Bayer.

La japonesa Takeda está iniciando el desarrollo de un fármaco derivado del plasma sanguíneo, la globulina hiperinmune policlonal, para tratar a los individuos de alto riesgo con Covid-19. Otras compañías, como Pfizer, anunciaron una evaluación preliminar de ciertos compuestos antivirales que estaban en desarrollo y que inhibieron la replicación de coronavirus similares al que causa Covid-19 en las células cultivadas. También, la compañía Regeneron Pharmaceuticals trabaja en colaboración con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) para desarrollar un nuevo tratamiento para combatir este virus.

Además, otro grupo de laboratorios está enfocando sus esfuerzos en el desarrollo de una posible vacuna frente al virus. “Antes de su aparición en diciembre, el Covid-19 era desconocido. Solo un mes después, compartir el genoma de este nuevo virus dentro de la comunidad científica ha permitido a los investigadores comenzar rápidamente las primeras etapas de investigación y desarrollo para encontrar una vacuna que pueda protegernos de este nuevo coronavirus”, resalta el director general de Ifpma, Thomas Cueni.

Fomento de la investigación:

Según los científicos, la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), en 2003, permitió desarrollar tecnologías avanzadas que pueden adaptarse ahora para el Covid-19. En paralelo, la Comisión Europea lanzó un proyecto de colaboración con la industria farmacéutica a través de la Iniciativa Europea de Medicamentos Innovadores (IMI), un programa financiado al 50 por ciento con la Asociación Europea de la Industria Farmacéutica Innovadora (Efpia).

El objetivo de este programa es fomentar la investigación de un posible tratamiento entre pequeños grupos y centros de investigación, principalmente de universidades y pequeñas y medianas empresas. Esta iniciativa recibió un primer fondo de 45 millones de euros, al que pueden optar todos los grupos de investigadores con un potencial tratamiento.

Disposición de Estados Unidos:

Para ayudar al desarrollo de estas líneas de investigación, un grupo de compañías farmacéuticas ya manifestó su intención de poner sus recursos de I+D a disposición de estos investigadores. Entre los laboratorios que se sumaron a este proyecto IMI se encuentran Abbvie, Astellas, Bayer, Boehringer Ingelheim, Janssen, Merck, Novartis, Pfizer y Takeda.

Desde Estados Unidos, la Casa Blanca mantiene una comunicación constante con las principales compañías farmacéuticas para trabajar en común en una posible solución. En este clima de colaboración, los principales responsables de las compañías GSK, Gilead, Regeneron Pharmaceuticals y Moderna, junto a ejecutivos de investigación y desarrollo de Pfizer, Johnson & Johnson y Sanofi, acudieron a la Casa Blanca para mantener una reunión informativa con el presidente de Estados Unidos, Donald Trump.

Tras este encuentro, la Administración de este país anunció que “se había asegurado el compromiso de las principales compañías farmacéuticas de trabajar juntos para desarrollar una vacuna y posibles tratamientos para combatir el coronavirus”.

5 Discusión-Conclusión

Un nuevo coronavirus (CoV) es un coronavirus que no ha sido identificado con anterioridad. El virus que está causando la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) no es el mismo que los coronavirus que circulan comúnmente entre los seres humanos y que causan enfermedades leves, como el resfriado común.

Un diagnóstico de coronavirus 229E, NL63, OC43 o HKU1 no es lo mismo que un diagnóstico de COVID-19. Son virus diferentes y los pacientes con COVID-19 serán evaluados y atendidos en forma diferente a los pacientes con un diagnóstico de coronavirus comunes. El 11 de febrero del 2020, la Organización Mundial de la Salud anunció el nombre oficial de la enfermedad que está causando el brote del nuevo coronavirus 2019 y que se identificó por primera vez en Wuhan, China. El nuevo nombre de la enfermedad es enfermedad del coronavirus 2019, y se abrevia COVID-19. En el nombre abreviado, CO corresponde a corona, VI a virus y D a disease (enfermedad). Antes, la forma de referirse a esta enfermedad era nuevo coronavirus 2019 o 2019-nCoV.

6 Bibliografía

- National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases.
- Organización Mundial de la Salud.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 92

LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS X EN LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO POR TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA PARA VER LA GRAVEDAD DE LA SILICOSIS PULMONAR

YOLANDA GUTIERREZ PUERTA

MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO

MARIA MIRYAM GARCIA COLADO

SONIA IGLESIAS BARDIO

1 Introducción

La silicosis es una enfermedad pulmonar ocupacional, causada por la inhalación de sílice, que afecta a un amplio número de profesiones en las que existen varias formas clínicas. La silicosis aguda, que resulta de la exposición a cantidades muy grandes de sílice en un período inferior a 2 años. La silicosis crónica simple, el tipo más frecuente que podemos ver en la actualidad, resulta de la exposición a bajas cantidades de sílice durante un período de entre 2 y 10 años.

La silicosis es una enfermedad que no tiene cura y que afecta al sistema respiratorio por inhalar polvo sílice. Este material penetra en las partes más pequeñas del pulmón como los bronquiolos y alveolos, generando los siguientes efectos:

- Inflamación de las paredes alveolares.
- Aparición de fibrosis o cicatrización en los tejidos localizados entre los alveolos y los capilares.
- Esta fibrosis se caracteriza por ser granulomatosa (que contiene nódulos de carácter inflamatorio), hializante (forma un tejido cristalino dentro de las estructuras pulmonares) y progresiva.
- Esta patología también se puede contraer por respirar otros materiales como los silicatos.

Los síntomas más frecuentes de silicosis:

- Dificultad respiratoria.
- Fiebre.
- Debilidad general.
- Tos fuerte.
- Pérdida de peso.
- Sudores nocturnos.
- Dolores en el pecho.
- Insuficiencia respiratoria.

Los síntomas con el tiempo empeoran pudiendo llevar a la muerte al afectado si no los trata a tiempo. Según la Asociación Nacional de Afectados y Enfermos de Silicosis (Anaes) se distinguen tres tipos de silicosis:

- Silicosis crónica: es la forma más frecuente de silicosis y suele aparecer tras una exposición continuada durante años a la sílice. A su vez, este tipo de silicosis se subdivide en dos, la simple y la complicada. La silicosis crónica simple se caracteriza por presentar en las radiografías de tórax un patrón común nodular, por otro lado la silicosis complicada muestra en la radiografía unas masas denominadas fibrosis masiva progresiva. Las personas que tienen este tipo de silicosis suelen tener problemas para respirar correctamente.
- Silicosis acelerada: los síntomas que presentan los pacientes y la inflamación que sufre el pulmón se muestran más rápido que en la silicosis simple.
- Silicosis aguda: este tipo de silicosis aparece en un breve periodo de tiempo y genera una grave dificultad respiratoria que lleva a una fuerte inflamación pulmonar y una reducción del oxígeno en sangre.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar la intervención del técnico de Rayos X en la realización del estudio por Tomografía Axial Computarizada para ver la gravedad de la silicosis pulmonar

Objetivos secundarios:

-Detectar el patrón nodular.

-Detectar masas de fibrosis que no se ven en una radiografía simple, el tórax de alta resolución se ha considerado que algunos estudios pueden ofrecer descripciones radiológicas muy finas que derivan en muchas ocasiones en intervenciones diagnósticas adicionales e invasivas que al final no confirman la sospecha diagnóstica planteada inicialmente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras claves utilizadas han sido: definición de silicosis pulmonar, protocolo TACAR y tipos de silicosis.

4 Resultados

Gracias hoy en día el protocolo a seguir en la tomografía axial computerizada podemos visualizar una serie de patologías más sensibles que una simple radiografía de tórax. Este protocolo es denominada TACAR (tórax de alta resolución) que va desde la C6 hasta la L1, el topograma es frontal y se estudia mediante cortes axiales con el paciente acostado en decúbito supino y los brazos por encima de la cabeza, se visualiza una ventana de pulmón y otra de mediastino, estos cortes son de 1 a 1,5 mm de grosor con un pitch de 1 (dependiendo de la TAC que se utilice). El nivel de ventana de -600 a 700 UH y la amplitud de ventana de 1000 a 1600 UH. En la de ventana de mediastino el nivel de ventana de 20 a 40 UH y amplitud de ventana de 400 a 500 UH.

No es el método elegido para estudios rutinarios de tórax ya que la dosis de radiación es muy elevada al aumentar el numero de cortes, se debe utilizar un

campo de FOV lo suficientemente grande como para abarcar al paciente. Los tres cortes se localizaran en: llamado aórtico, carina y mitad de la silueta cardíaca. Se hacen en espiración forzada para evaluar la presencia de atrapamientos aéreos.

5 Discusión-Conclusión

Para el diagnóstico de la silicosis el profesional realizará un examen físico del paciente y le someterá a un cuestionario para ver algunos aspectos que pueden estar relacionados con la silicosis, como por ejemplo, el lugar en el que trabaja o ha trabajado y otras actividades que puedan haberle expuesto al sílice. Las más frecuentes son:

- Radiografía de tórax.
- Tomografía Computerizada (TC).
- Pruebas para ver la función pulmonar.
- Exámenes para la tuberculosis, ya que es más frecuente en personas con silicosis.
- Análisis de sangre para ver enfermedades del tejido conectivo.

6 Bibliografía

1. Vázquez, M. G., López, C. T., Plaza, D. C., Del Prado, J. C. M., & Montero, F. T. (2013). Silicosis pulmonar: hallazgos radiológicos en la tomografía computarizada. *Radiología*, 55(6), 523-532.
2. Osejo, J. E. M., & Iñiguez, C. L. M. (2015). Silicosis pulmonar. *Revista Colombiana de Neumología*, 27(4).
3. Chiquita, D. G. D. M., & Lugares, P. Y. C. Tipos de silicosis.

Capítulo 93

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS X EN EL ESTUDIO DE LA COLONOSCOPIA VIRTUAL A TRAVÉS DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

YOLANDA GUTIERREZ PUERTA

MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO

MARIA MIRYAM GARCIA COLADO

SONIA IGLESIAS BARDIO

1 Introducción

El estudio de colonoscopia virtual o también llamada estudio del colon (colon-TC) es una técnica muy poco invasiva, esta técnica lo que hace es distender el colon con aire, que puede utilizarse contraste oral o intravenoso, para que resalte con más detalle o claridad los órganos internos, vasos sanguíneos, tejidos blandos y principalmente el colon en sus diferentes porciones ya que se crean imágenes del interior con su forma y volumen.

Suele utilizarse la TAC helicoidal, el contraste utilizado es negativo (aire), se realiza para patologías muy determinadas ya que no es lo habitual para un abdomen de rutina, a excepción de la colono-TC es una opción muy completa en el

seguimiento de pacientes operados de cáncer colorrectal. En una única prueba, empleando contraste intravenoso, se obtiene el estudio endoluminal del colon para descartar neoplasias metacrónicas, y además se explora toda la cavidad abdominal.

2 Objetivos

- Detectar pólipos.
- Contribuir a disminuir el riesgo de cáncer de colon o prevenirlo, aunque también se pueden descartar/estudiar entre otras las siguientes patologías: proctopatía secundaria a radioterapia con estenosis, tumor rectal, tumor en colon (ciego), colitis ulcerativa crónica inespecífica activa y en remisión, enfermedad diverticular no complicada y cambios postquirúrgicos.

3 Metodología

Para la efectividad de este trabajo se ha realizado con una búsqueda exhaustiva con las siguientes palabras claves: colonoscopia virtual o colon- T, estudio de patologías en colonoscopia virtual y técnicas de estudio de colonoscopia virtual. También se ha utilizado en la base de datos Pubmed, Elsevier y Medline, la búsqueda ha sido tanto en español como en inglés.

4 Resultados

Hay dos maneras de preparación del paciente según criterio radiológico:

- Utilizar laxantes el día antes a la prueba y el mismo día o el día anterior se le dirá que tome ciertas cantidades de contraste bien iodado o bario para teñir las heces
- En esta preparación no se utiliza laxantes sino 2-3 días antes de la prueba realizar una dieta sin fibra y aumentar la ingesta de líquidos aunque también en esta preparación tendrá que beber ciertas cantidades de contraste oral.

El primer paso para su exploración en la sala de la TAC:

- Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo y se administra aire con una sonda de Foley en el intestino a través del ano
- Colocamos al paciente en decúbito prono se centra igual que para un abdomen y se lanza la hélice, comprobando que el intestino este completamente distendido.
- El paciente se colocara en decúbito supino realizando un topograma de la zona a explorar, se programa los cortes igual al anterior , que va desde ano hasta base de

los pulmones. Si hay tumor (si se ha localizado) se le pondrá contraste intravenoso con retardo de unos 65 segundos.

El grosor de corte que se utiliza debe ser menor a 3mm y el intervalo de reconstrucción de 44 igual o inferior a 2mm. Aunque esta exploración se podría realizar con cualquier TC, se recomienda un equipo helicoidal moderno de por lo menos 16 detectores. Las imágenes obtenidas en la colono-TC se puede realizar en dos (2D) o tres dimensiones (3D).

La evaluación 2D se basa en los cortes axiales y sus reconstrucciones MPR, mientras que la 3D ofrece la visión endoluminal, que simula la visión endoscópica tradicional, y el mapa global del colon con algoritmo de borde realzado. Normalmente se suele tomar uno de los dos tipos de imágenes como técnica primaria de interpretación de los hallazgos, usando la otra de manera complementaria para resolver las dudas. Imágenes 2D. La búsqueda de lesiones colónicas con 2D usa imágenes axiales en proyección supina y prona, con diferentes ventanas (hueso, pulmón, partes blandas y colon). A diferencia de la 3D, permite la exploración transmural. Los pólipos se visualizan como lesiones de morfología ovoidea o redondeada, con una densidad homogénea de tejidos blandos y mantienen una localización fija en las proyecciones supina y prona. Esta visión permite realizar el diagnóstico diferencial entre heces (heterogéneas y móviles en las diferentes proyecciones), pliegue engrosado, lipoma (densidad grasa) y pólipo verdadero. Tiene el inconveniente de que un pólipo sobre un pliegue puede pasar desapercibido. Cuando se identifica una posible lesión, se coloca un cursor sobre la misma, para compararla en las proyecciones MPR y 3D y poder determinar si realmente se trata de un pólipo, haciendo fundamentalmente el diagnóstico diferencial con pliegue. Imágenes 3D. La interpretación con imágenes 3D consiste en la navegación endoluminal a través del colon, generando automáticamente la dirección y sentido de la misma. Hay que analizar las imágenes en prono y supino de forma anterógrada y retrógrada para evitar zonas ciegas, salvo que dispongamos de herramientas como la disección del colon o la visión panorámica.

Actualmente, gracias al perfeccionamiento del software de colono-TC, el recorrido por la luz colónica es rápido y sencillo, aunque éste puede verse dificultado por segmentos poco distendidos o con mucho residuo. Esta visión 3D tiene la ventaja de que las lesiones se magnifican por lo que permite identificar de forma más sencilla los pólipos en los pliegues. Presenta la limitación de no valorar lesiones extrínsecas y de ser más difícil identificar masas anulares o diferenciar divertículos. Por ello cuando se localiza un probable pólipo, se marca con un

cursor y se estudia en las imágenes 2D axial y MPR para determinar la densidad y movilidad de la lesión, lo que permite una adecuada caracterización. Por tanto, ambas modalidades son complementarias y el análisis de colono-TC debe ser combinado, usando ambas formas.

5 Discusión-Conclusión

Esta técnica esta tomando mucha importancia pues es poco invasiva y además tiene muchas ventajas:

- Disminución del riesgo de perforar el colon.
- Los pacientes toleran mejor esta técnica por lo que no tiene periodo de recuperación.
- Cuando el colon se encuentra obstruido o reducido por cualquier patología resulta ser el único método diagnóstico.
- El 10% de los casos la colonoscopia no puede alcanzar la longitud completa del colon y con la técnica del colon -tc o colonoscopia virtual si.
- Diagnostica la extensión y la patología de otros órganos mientras la colonoscopia solo mucosa.
- Es rápida unos 10-15 segundos/serie.

Los síntomas previos a los estudios se pueden realizar según criterio de los profesionales cuando existe :

- Sangrado transrectal.
- Moco en las evacuaciones.
- Distensión abdominal.
- Sensación de cuerpo extraño en recto.
- Dolor abdominal o para aquellos pacientes que son asintomáticos.

6 Bibliografía

1. Rivero, J. S., Suárez, I. M., & García, Ó. C. (2013). Estudio piloto comparativo entre la colonoscopia virtual y colonoscopia convencional en pacientes con patología de colon. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 11(1).
2. Chaparro, M., Santander, C., del Campo, L., & Gisbert, J. P. (2009). Situación actual de la colonoscopia virtual en el cribado del cáncer colorrectal. *La prevención del cáncer colorrectal en España*, 109.

3. Sermeño Araujo, J. E. (2011). Cáncer colorrectal; estadiaje a través de colonoscopia virtual y su correlación con los hallazgos quirúrgicos y patológicos (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).
4. De Lázaro y de Molina, S., Marco-Doménech, S. F., Casanovas-Feliu, E., & Gaona-Morales, J. (2016, December). Utilidad de la colonografía por tomografía o colonoscopia virtual. In *Anales de Radiología, México* (Vol. 15, No. 3, pp. 177-193).
5. Parra, S. R., Zarcero, M. T. G., Garcia, E. R., Garcia-Puente, R. S., Graña, E. M. D., & Garrido, M. G. (2012). Bases Técnicas Del Estudio Mediante CT COLONO-
GRAFÍA (COLONOSCOPIA VIRTUAL).

Capítulo 94

TIRITAS PARA EL ALMA-PROYECTO DE DINAMIZACIÓN HOSPITALARIA SOCIO-EDUCATIVA

MARÍA SANTURIO GONZÁLEZ

1 Introducción

El proyecto Tiritas para el Alma trabaja dos áreas diferenciadas pero que se fusionan en una única. Por un lado, se realizarán sesiones de dinamización dirigidas a niños y niñas hospitalizados cuyos ingresos serán de media o larga duración, con el fin de aportar una alternativa de ocio socializador, al tratarse de una de las principales carencias que padecen los niños y niñas durante la hospitalización; y por otro lado, se realizarán sesiones de sensibilización con el alumnado que posteriormente ejecutarán la intervención dinamizadora en el Hospital. También se desarrollarán sesiones en las que los participantes tendrán la tarea de diseñar las actividades que se llevarán a cabo con los jóvenes pacientes. Se pretende realizar una labor humanizadora del entorno sanitario y acercar a los jóvenes a una realidad complicada como es la enfermedad, pero que forma parte de la existencia del ser humano.

2 Objetivos

Exponer las áreas de trabajo del proyecto Tiritas para la dinamización hospitalaria socio-educativa.

Área de intervención en hospital:

Objetivo principal:

-Dinamizar el tiempo libre de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados mediante una dinamización socializadora, realizada por jóvenes estudiantes de 3º y 4º de de ESO.

Objetivos secundarios:

- Reducir el aislamiento del paciente y sus familiares durante el proceso de hospitalización.
- Ocupar el tiempo libre del paciente con una alternativa de ocio socializador.
- Propiciar situaciones de relaciones positivas en el ámbito hospitalario.
- Contribuir al proceso de recuperación emocional del paciente.
- Mejorar la calidad de vida del niño o niña hospitalizado.

Área de intervención en Institutos:

Objetivo principal:

-Implicar a jóvenes estudiantes de 3º y 4º de ESO en el proyecto para convertirles en pieza clave de la dinamización de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados.

Objetivos secundarios:

- Sensibilizar a los jóvenes respecto a la enfermedad y a las situaciones de vulnerabilidad de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados.
- Despertar el interés de los jóvenes en la participación social.
- Ampliar a visión que tienen del mundo que les rodea.
- Aprender habilidades sociales que les podrían resultar útiles cuando alcancen la edad adulta.
- Profundizar en su propio autoconocimiento permitiéndoles reforzar su autoestima.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente así como una revisión de los protocolos de actuación de diferentes centros sanitarios. Identificando el protocolo de actuación más aceptado y actualizado.

Se realizará la intervención en las dos áreas en las que se va a desarrollar el proyecto, tanto en el Hospital como en el Instituto. Por un lado, se transmitirá la

información relativa al proyecto a los familiares de los niños y niñas hospitalizados. Se realizarán entrevistas individualizadas con los participantes hospitalizados con la finalidad de que las intervenciones sean lo más adecuadas según sus capacidades, intereses, motivaciones y sentimientos. Del mismo modo se convocarán a las familias de los alumnos del Instituto participantes en el proyecto para que tengan conocimiento de la metodología que se llevará a cabo y de la finalidad del mismo.

Se realizarán actividades desde las ideas de respeto, tolerancia, creatividad y participación. El juego será utilizado como eje principal de la dinamización con los niños y niñas hospitalizados, puesto que pocas actividades son tan universales e inherentes a los seres humanos. Permitirá disfrutar de las relaciones con los demás, los niños y las niñas recuperarán la comunicación con sus iguales y les permitirá formar parte de una experiencia social más amplia. La actuación de los monitores y monitoras será la de acompañar y guiar en todo el proceso, así como motivar a los participantes de las dos áreas de intervención.

Se apoyará a los estudiantes que diseñarán las sesiones de intervención en el Hospital indicándoles los factores claves para una adecuada elección de los juegos a desarrollar:

- Objetivo de la sesión.
- Tiempo disponible.
- Perfil del niño o niña. (edad, limitaciones, situación física y emocional).
- Material necesario.
- Espacio que dispondremos para el juego o dinámica.

4 Resultados

El proceso de hospitalización de media o larga duración, en mayor o menor medida, provoca alteraciones comportamentales, cognitivas y emocionales, que pueden agravarse debido a la propia enfermedad, no sólo en la persona convaleciente, sino también en el resto de sus familiares más directos. Así elementos como el estrés, la ansiedad, el sueño, la falta de apetito, la ruptura de relaciones sociales y de las actividades de ocio que el paciente desarrollaba previo a la enfermedad, pueden alcanzar un protagonismo disruptivo no deseado, tanto en el paciente como en su familia.

Uno de los principales inconvenientes durante los largos procesos de hospitalización de los niños y niñas y adolescentes es la privación de la movilidad fuera de

la institución sanitaria y la falta de socialización con otros niños y niñas. Puesto que la hospitalización obliga a los pacientes a interrumpir las actividades cotidianas, de alguna forma, el tiempo que no está sujeto a la realización de pruebas diagnósticas o bien tratamientos o intervenciones sanitarias, se convierte en tiempo de ocio para el paciente. Un ocio muy difícil de gestionar en esa situación.

El ingreso hospitalario supone entonces un proceso de adaptación a un medio que para el niño o niña es extraño, ha de interaccionar en un espacio distinto, con normas, horarios y personas diferentes. Se convierte por ello en un período de crisis en el proceso de desarrollo, que junto con los largos espacios de tiempo vacío y el afrontamiento de la propia enfermedad hacen de la estancia hospitalaria un período de riesgo psicosocial tanto para el niño y niña como para su familia.

Analizados los recursos de espacios lúdicos o educativos de los que dispone el Hospital de Cabueñes, podemos encontrar en la planta de Pediatría un cuarto de juegos o ludoteca donde los niños y niñas tienen a su disposición algunos juguetes y libros recomendados para diferentes rangos de edades. Pero ese espacio no dispone de dinamizador/dinamizadora, sino que es de uso libre y con un horario fijado. Por otro lado, existe una Aula que funciona desde 1986 como un auténtico cole en el Hospital, donde docentes desarrollan su labor más allá de lo puramente educativo, consiguiendo que los niños hospitalizados puedan seguir el ritmo escolar, en la medida de lo posible.

Los usuarios del espacio destinado a ludoteca son niños y niñas con una cierta movilidad física, acompañados de alguno de sus familiares y en el mejor de los casos, comparten juegos con otros pacientes. Pero en ocasiones, ese espacio no resulta atractivo para pacientes con edades más avanzadas o también porque la misma enfermedad les imposibilita la movilidad o el estado de ánimo del paciente hace que no se vean capacitados para abandonar la habitación en la que se encuentran ingresados.

Es justo en este momento de mayor vulnerabilidad para el paciente cuando la intervención será más necesaria.

El alto número de niños y niñas hospitalizados diariamente en toda Europa ha llevado a realizar investigaciones sobre los aspectos que influyen en la recuperación de los pacientes. Algunas de las investigaciones que recopila Lizasoáin (2000) constatan los efectos positivos que tienen en la población infantil las intervenciones psicológicas, sociales y pedagógicas en las áreas hospitalarias. Según estas investigaciones, tener en cuenta otros aspectos de la persona, como son los

psico-social-afectivo hace que los pacientes se recuperan antes, se vuelvan más tolerantes a los tratamientos médicos, son más colaboradores y disminuye su estrés emocional. Existe por tanto un interés por mejorar la atención integral de las personas hospitalizadas y en concreto de la infancia, no sólo desde el punto de vista físico sino también psicológico.

El niño y niña enfermo y hospitalizado precisa de su familia, del juego, de las actividades escolares, de la orientación y de la atención individualizada de todas sus carencias a fin de procurar en la medida de lo posible una vida normal acorde con su etapa evolutiva.

Con este proyecto se busca cultivar la natural alegría de la infancia y adolescencia, así como las relaciones sociales con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente. Por otra parte, respecto al segunda área de intervención de este proyecto, se encuentran jóvenes estudiantes de 3º y 4º de ESO del IES Mata-Jove, con edades comprendidas entre los 13 y los 16 años aproximadamente. Corresponde con la etapa de la adolescencia, la cual se identifica con un período de cierta vulnerabilidad ante posibles factores de riesgo presentes en el entorno. Durante esta etapa los jóvenes construyen su propia identidad. Necesitan sentirse libres y autónomos. Actualmente, los adolescentes son más bien espectadores de la realidad y se les ofrece muy pocas opciones de intervención. Resulta necesario que para fomentar un espíritu crítico en los jóvenes y que puedan convertirse en actores del cambio social, así como constructores de su propio yo, puedan ser partícipes de experiencias que les hagan reaccionar ante otras realidades.

Durante la etapa de la adolescencia, según Aldeas Infantiles (Programa de Educación en Valores: Párate a pensar), su principal preocupación es su propia imagen personal. En este estudio se realiza un cuestionario donde se pretende extraer el posible perfil del adolescente. La mayor parte de los participantes se definen como alegres, rebeldes, impacientes e inseguros, y muy pocos se relacionan con valores como la paciencia, el sacrificio, la constancia o el altruismo.

5 Discusión-Conclusión

Tradicionalmente, la pedagogía hospitalaria se ha centrado en ocupar el tiempo de los niños y niñas pacientes, únicamente en el apoyo y seguimiento académico, con el fin de que no perdieran el ritmo de sus compañeros, teniendo un sentido exclusivamente compensatorio. Pero actualmente se considera que es necesario ampliar el espectro de la intervención y convertirla en socializadora y con un

carácter lúdico.

Tiritas para el alma pretende sensibilizar a los jóvenes participantes y desarrollar en ellos valores como la solidaridad y la empatía a la par que realizan una labor de dinamización socio-educativa

6 Bibliografía

1. Educando al niño enfermo. Perspectivas de la pedagogía hospitalaria. Lizasoain (2000). Ediciones Eunate.
2. www.siete-estrellas.com/blog/educación-social-ambito-hospitalario
3. www.fad.es
4. www.ongawa.org
5. www.hacerfamilia.com
6. www.aldeasinfantiles.es
7. www.creurojojuventut.org/infancia



ciencia
sanitaria

cienciasanitaria.es